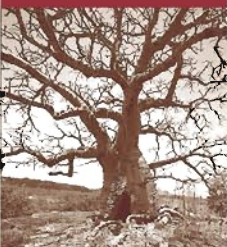


Groupement d'intérêt scientifique

INED - IRD - PARIS I - PARIS V - PARIS X



RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique



Éditrices scientifiques

Agnès GUILLAUME

LPED

Myriam KHLAT

INED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique

Éditrices scientifiques

Agnès Guillaume

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence

Myriam Khat

Unité de recherche U05 – Mortalité, santé, épidémiologie
INED



Septembre 2004

L'INED, l'IRD et les Universités de Paris I, Paris V et Paris X forment le groupement d'intérêt scientifique (GIS) "Centre Population et Développement" (CEPED).

Le CEPED suscite, anime et appuie des réseaux de recherche en partenariat avec des institutions du Sud dans le champ de la Population et du développement selon quatre thématiques :

- Santé de la Reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

En liaison avec les institutions membres du GIS et ses partenaires du Sud, le CEPED remplit des missions de formation, de documentation, de valorisation et d'expertise. Il favorise le développement de réseaux internationaux dans lesquels les grandes régions en développement sont représentées. Les activités des réseaux comportent une dimension comparative entre les pays partenaires. Parmi les objectifs, il s'agit d'encourager et de valoriser les productions scientifiques, de soutenir des activités de formation, de mettre à disposition des professionnels et décideurs des outils pédagogiques et de l'information scientifique, de constituer des bases de données et de développer des indicateurs pour alimenter les réflexions sur les problématiques nouvelles.

Comité éditorial :

Courgeau Daniel	Ferry Benoît	Belbeoch Olivier
Ferrand Michèle	Hamelin Philippe	Brugeilles Carole
Leridon Henri	Lelièvre Eva	Dittgen Alfred
Mazouz Mohammed	Samuel Olivia	Pison Gilles
		Vimard Patrice

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik - www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © IRD - Marie-Noëlle Favier

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2004
ISSN : en cours d'attribution
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0) 1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0) 1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>

Liste des auteurs

Doris Bonnet	IRD, Centre d'Études Africaines, 54 Boulevard Raspail, 75006 Paris dorisbonnet@noos.fr
Michel Bozon	INED, 133 Boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20 booz@ined.fr
Alice Desclaux	Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie, Université d'Aix-Marseille, 38 Avenue de l'Europe, 13090 Aix-en-Provence adesclaux@free.fr
Annabel Desgrées du Loû	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence, Laboratoire Population-Environnement-Développement, CEPED, Campus du Jardin Tropical de Paris, 45 bis Avenue de la Belle Gabrielle, 94736 Nogent sur Marne desgrees@ceped.cirad.fr
Arlette Gautier	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence, Laboratoire Population-Environnement-Développement Centre Saint-Charles, 3 place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex 3 Arlette.Gautier@ird.fr
Agnés Guillaume	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence Laboratoire Population-Environnement-Développement, CEPED, Campus du Jardin Tropical de Paris, 45 bis Avenue de la Belle Gabrielle, 94736 Nogent sur Marne guillaume@ceped.cirad.fr
Véronique Hertrich	INED, 133 Boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20 hertrich@ined.fr
Myriam Khlat	INED, 133 Boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20 khlat@ined.fr
Sophie Le Cœur	INED, 133 Boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20 lecoeur@ined.fr
Philippe Msellati	IRD, ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire msellati@ensea.ed.ci

Sommaire

Introduction	
Agnès Guillaume et Myriam Khlal	1
La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels	
Doris Bonnet et Agnès Guillaume	11
 LA SEXUALITE ET LES MODES DE REGULATION DE LA FECONDITE	
Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine	
Michel Bozon et Véronique Hertrich	35
Les pratiques contraceptives	
Agnès Guillaume	55
Fréquence et conditions du recours à l'avortement	
Agnès Guillaume	73
 L'INFECTION A VIH DANS SES LIENS AVEC LA FECONDITE ET LA SANTE DE L'ENFANT	
Sida et fécondité	
Annabel Desgrées Du Loû	97
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	
Sophie Le Coeur	109
Transmission du VIH par l'allaitement : mesures de prévention en Afrique	
Alice Desclaux	119
Prise en charge de l'enfant infecté par le VIH en Afrique	
Philippe Msellati	131
Conclusion et recommandations	
Agnès Guillaume et Myriam Khlal	145

Table des matières	151
Liste des tableaux	155
Liste des figures et carte.....	157
Liste des sigles	159
Liste des contributions des chercheurs français à la 35ème CPD.....	161

Introduction

Agnès Guillaume
Myriam Khat

La 35^{ème} session de la Commission de la Population et du Développement des Nations Unies (CPD) qui s'est déroulée à New York en avril 2002, avait pour thème « Droits et santé en matière de reproduction, y compris le virus de l'immuno-déficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/Sida) ».

Dans le cadre de cette session, chaque pays membre a été amené à prendre position sur le sujet, en s'appuyant sur des synthèses préparées par des spécialistes. Ces synthèses ne couvrent pas de façon exhaustive le champ de la santé de la reproduction, mais en abordent certains aspects, jugés particulièrement importants dans le contexte de l'épidémie de Sida et de la mise en place récente de politiques et programmes de population. En effet, le champ de la santé de la reproduction est large : selon la définition adoptée lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, outre la santé de la mère et de l'enfant, il concerne également la santé sexuelle et la régulation de la fécondité, et englobe une large population d'hommes et de femmes (voir infra).

Cet ouvrage rassemble certaines des contributions produites, à l'occasion de la 35^{ème} session de la CPD, par des chercheurs français, afin de dresser un état des lieux de quelques questions relevant du champ de la santé de la reproduction, et ayant trait plus spécifiquement à la santé sexuelle et à la régulation de la fécondité. L'ensemble des textes porte sur les pays du Sud, avec un intérêt particulier pour le continent africain.

Cadrage

Les pays du Sud ont des situations sanitaires et démographiques assez contrastées, en particulier en matière de transition de la fécondité, de progression de l'épidémie de Sida, de santé de la mère et de l'enfant, et d'accès aux programmes de santé de la reproduction.

A l'échelle mondiale, on estimait fin 2001 à 40 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH, mais l'épidémie de Sida présente des visages très différents selon les continents. De toutes les régions du monde, c'est l'Afrique subsaharienne qui est la plus touchée, avec 28,1 millions de personnes infectées, dont 55 % de femmes, du fait d'une transmission essentiellement hétérosexuelle. En Asie du Sud et du Sud-est, 6,1 millions de personnes sont infectées, dont 35 % de femmes, et la transmission est à la fois hétérosexuelle et par injection de drogues. En Amérique latine, 1,4 million de personnes sont infectées, dont 30 % de femmes, et en plus de la transmission hétérosexuelle et par injection de drogues, la transmission est aussi homosexuelle. En Afrique, la prévalence élevée de l'infection à VIH chez les femmes explique l'ampleur de la contamination des enfants par la transmission materno-infantile et le nombre d'orphelins du Sida : 70 % des jeunes infectés avec le VIH et 90 % des orphelins du Sida vivent sur ce continent. Fin 2000, le nombre d'enfants en Afrique subsaharienne dont l'un ou les deux parents sont décédés du Sida, était chiffré à 12,1 millions. Les enfants et les adolescents sont touchés par l'épidémie de Sida qui accroît la précarité de multiples façons : décès d'un parent, déstructuration familiale, abandon scolaire et implication forcée dans la vie économique, et parfois soins aux parents atteints par la maladie. D'une manière plus générale, les jeunes sont particulièrement exposés au Sida et aux autres maladies sexuellement transmissibles, mais aussi aux grossesses non prévues du fait du manque d'information et des difficultés d'accès aux services de santé, leur sexualité n'étant pas bien admise socialement.

L'impact de l'épidémie de Sida en Afrique sur la mortalité des adultes et sur celle des enfants est impressionnant, avec un recul de l'espérance de vie de 6,5 ans en moyenne dans les 35 pays les plus touchés sur la période 1995-2000. La situation est moins claire en ce qui concerne les retombées en termes de fécondité, car les relations entre les deux phénomènes sont complexes. D'une part, le potentiel reproductif est certainement affecté, du fait des décès d'individus en âge fécond, et de la baisse de la fécondabilité des hommes et des femmes infectés, mais d'autre part les changements de comportement dans les populations sont nombreux, difficiles à mesurer, et n'agissent pas tous dans le même sens sur la fécondité.

La dynamique de l'épidémie de Sida est extrêmement complexe. Parmi ses déterminants figurent les comportements sexuels (notamment l'âge d'entrée en vie sexuelle, l'écart d'âge entre partenaires et d'une manière plus générale les rapports de genre), les pratiques préventives et les modes de régulation de la fécondité. D'autre part, les conséquences de l'épidémie de Sida sont multiples, et affectent tous les domaines de la santé de la reproduction : santé des mères infectées par le VIH et de leurs enfants, santé sexuelle des hommes et des femmes à travers la prévention contre l'infection, relations complexes entre la prévention contre l'infection et la régulation de la fécondité.

Dans ce contexte d'épidémie de Sida, la fécondité a évolué, notamment en réponse à la mise en place de programmes de population à la suite de la Conférence du Caire. Mais si sa transition est largement entamée, voire totalement achevée dans beaucoup de

pays d'Amérique latine ou d'Asie, tel n'est pas encore le cas dans certains pays d'Afrique où elle ne fait que débiter. Le rôle de certains déterminants proches tels que les modalités d'allaitement et de reprise des relations sexuelles post-partum, l'âge au mariage ou la pratique de la contraception, est assez bien documenté, alors que la question de l'avortement est encore insuffisamment prise en compte. Et pourtant, des études récentes dans certains pays d'Afrique mettent en lumière des baisses importantes de la fécondité dans des contextes de faible prévalence contraceptive, suggérant un rôle de l'avortement dans la limitation des naissances.

Après une introduction générale au concept de santé de la reproduction, les différentes parties de cet ouvrage traitent à la fois de facteurs situés en amont de l'épidémie (comportements en matière de sexualité, de prévention, de contraception et de recours à l'avortement), et de facteurs situés en aval (fécondité, transmission mère-enfant, santé de l'enfant).

Des risques liés à l'émergence d'une période autonome de sexualité adolescente

On s'est longtemps inquiété des grossesses des adolescentes dans la perspective des risques pour la santé de la mère et de l'enfant. La vision que l'on a à présent de cette période de l'adolescence s'est élargie et englobe les rapports de genre, le début de l'activité sexuelle, la place de la nuptialité, les risques d'infection par les MST et le VIH et la prévention des grossesses et du Sida.

Cette période de l'adolescence présente des risques particuliers pour la santé reproductive des adolescents, filles comme garçons : maladies sexuellement transmissibles, infection à VIH, grossesses non désirées, et abus sexuels¹. De hauts niveaux d'infection par le VIH se rencontrent effectivement chez les jeunes, et plus particulièrement chez les jeunes filles, dans de nombreux pays du Sud. Des études en Afrique ont montré que les jeunes filles de 15 à 19 ans étaient 5 à 10 fois plus infectées par le VIH que les jeunes hommes du même âge, ce qui pourrait s'expliquer par une exposition plus fréquente à des partenaires infectés et/ou une susceptibilité plus forte à acquérir le VIH d'un partenaire infecté. Des études en milieu urbain ont montré qu'au Kenya 23 % des filles âgées de 15 à 19 ans étaient infectées par le VIH, contre seulement 3,5 % des garçons de la même tranche d'âge, et en Afrique du sud, 11,6 % des filles de 14 à 16 ans contre 2 % des garçons.

Par ailleurs, il est troublant de noter que le risque d'avoir été infecté par le VIH apparaît dans certaines études comme très élevé chez les jeunes femmes ne déclarant

¹ Sur la base d'une communication orale de Benoît Ferry « Sexualité des jeunes et Sida ».

qu'un seul partenaire et quelques rapports sexuels seulement. Une des raisons invoquées pour ces différences d'infection à VIH est l'écart d'âge entre les partenaires : le fait d'avoir des partenaires plus âgés, donc qui ont été exposés au VIH plus longtemps et sont plus souvent infectés, constitue un facteur de risque. On constate dans de nombreuses populations que plus l'écart d'âge entre partenaires sexuels est faible, plus la prévalence du VIH est basse.

La plus grande susceptibilité des femmes, particulièrement des très jeunes filles, au VIH peut aussi être due à la plus forte transmissibilité des hommes vers les femmes, due à l'immaturité de l'appareil génital féminin, particulièrement fragile aux âges jeunes. Cependant certaines études montrent qu'au-delà de ce premier rapport sexuel, la susceptibilité au VIH ne varie pas selon l'âge des adolescents, mais plutôt selon le nombre de partenaires sexuels. Par ailleurs, un facteur très important à considérer est la présence de nombreux cas de maladies sexuellement transmissibles et d'infection au VIH, sans activité sexuelle déclarée par les jeunes femmes. Cette situation peut s'expliquer par une non-déclaration des activités sexuelles forcées (toutes formes d'abus sexuels), très répandues dans les pays du Sud et assez mal documentées.

Une autre question touchant à la santé sexuelle et aux droits reproductifs est celle des mutilations génitales féminines, qui sont encore répandues dans vingt-huit pays d'Afrique, dans certains pays de la péninsule arabique et dans quelques ethnies en Asie. L'excision est pratiquée chez les petites filles ou les adolescentes, et les dernières Enquêtes Démographiques et de Santé auprès de femmes âgées de 15 à 49 ans montrent que la prévalence atteint ou dépasse 90 % au Nord-Soudan, au Mali, en Érythrée ou en Égypte, et est voisine de 40 % en Centrafrique et en Côte d'Ivoire. Certains chefs d'États africains se sont opposés à ces mutilations, mais, bien que dans quelques pays des législations aient été promulguées pour les interdire (Togo, Côte d'Ivoire,...), cette pratique est encore fréquente (parfois les décrets d'application de ces lois n'ont pas été promulgués).

Un nombre croissant de jeunes entrent chaque année dans la vie sexuelle, et de la façon dont ils débiteront cette nouvelle période de leur vie dépendra grandement le devenir de la population à laquelle ils appartiennent. Cependant chez les jeunes, la perception du risque et une bonne connaissance du VIH et du Sida ne se traduisent pas nécessairement par un changement de comportement. Il faudra sans doute longtemps pour que des changements s'opèrent, même dans les populations où la situation en matière de Sida est grave. Les jeunes sont confrontés à la fois au problème du risque de grossesse et de contamination par les MST et le VIH, dans des contextes où des barrières sociales et économiques leur rendent particulièrement difficile l'accès aux programmes de planification des naissances et de prévention du Sida.

Dans leur texte, Michel Bozon et Véronique Hertrich mettent l'accent sur les évolutions récentes en matière d'entrée en sexualité en Afrique, comparativement à l'Amérique latine. En Afrique, les filles se marient et commencent leur vie sexuelle plus jeunes que ne le font les garçons. A l'opposé, en Amérique latine, ce sont les

garçons qui commencent leur vie sexuelle plus précocement que les filles, tout en se mariant, comme en Afrique, à un âge plus tardif.

Les évolutions récentes dans le calendrier d'entrée en vie sexuelle et conjugale ne sont pas les mêmes sur les deux continents : en Afrique, les garçons commencent maintenant plus tôt à avoir des relations sexuelles, alors que les filles tendent à se marier plus tard qu'avant, tout en continuant à entamer précocement leur vie sexuelle. Ces évolutions en Afrique et en Amérique latine ont toutefois en commun d'établir « une période autonome de sexualité juvénile » qui s'affranchit du contrôle des aînés et autorise une plus grande individualisation des comportements.

Contraception et avortement : des modes complémentaires de régulation de la fécondité ?

Les évolutions récentes de la fécondité dans les pays du Sud amènent à s'interroger sur le rôle des différents déterminants proches, et en particulier sur le poids respectif de la contraception et de l'avortement dans la régulation de la fécondité. Dans son texte, Agnès Guillaume montre que dans ces pays, l'accès à la planification familiale est très variable. Un examen de la prévalence contraceptive, du degré d'utilisation des différentes méthodes et des évolutions dans le temps fait apparaître un contraste entre l'Afrique d'une part, l'Asie et l'Amérique latine d'autre part. L'Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord et de quelques pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique Australe, se caractérise par un faible recours aux méthodes « modernes », et par un fort recours aux méthodes « naturelles ». Mis à part en Afrique du Nord et dans quelques pays d'Afrique Australe et d'Afrique de l'Est, la pratique contraceptive a peu évolué durant les 10 dernières années, particulièrement pour les méthodes modernes.

Par opposition, la prévalence contraceptive est élevée en Asie et en Amérique latine, avec un fort recours aux méthodes modernes. De plus, dans les pays d'Amérique latine, de la Caraïbe et dans une moindre mesure en Asie, la hausse de la prévalence contraceptive se poursuit, bien que certains pays aient déjà atteint des niveaux élevés de pratique pour les méthodes modernes.

A l'échelle nationale, des différences de prévalence contraceptive apparaissent selon le milieu de résidence des femmes (urbain/rural) et leur niveau d'instruction. Ces différences sont d'autant plus marquées pour la contraception moderne que la pratique est faible à l'échelle nationale. L'hétérogénéité dans l'utilisation de la contraception résulte de l'action conjuguée de plusieurs facteurs. Mis à part les barrières d'accès que constituent certains facteurs socio-culturels et économiques, il y a lieu de souligner l'importance de l'inadéquation de l'offre par rapport à la demande, de la contrainte parfois exercée par les prescripteurs, et de l'interventionnisme plus ou moins grand des

politiques en faveur de certains types de contraception. Tous ces éléments sont autant d'obstacles à l'exercice des droits reproductifs, des femmes comme des hommes. Dans son texte, Agnès Guillaume souligne que dans les pays du Sud, les législations de l'avortement sont restrictives et essentiellement axées sur les considérations relatives à la vie ou à la santé des femmes. En pratique, l'accès est limité par des conditions relatives au délai de grossesse et par des autorisations médicales, maritales ou parentales. Ces législations ne prennent pas suffisamment en considération la question des droits reproductifs des femmes, et les restrictions de l'accès à l'avortement, voire son interdiction, contribuent à la pratique d'avortements à risque, lourds de conséquences sur la santé et la vie des femmes.

Les rares données sur le sujet, qui émanent d'études sur les complications d'avortements et d'enquêtes ciblant des populations spécifiques, mettent en relief la fréquence du phénomène. Il semble que le recours à l'avortement se soit amplifié récemment parmi les adolescentes et les jeunes femmes en début de vie féconde dont la sexualité est souvent socialement peu admise ou peu reconnue. Une tendance se dégage cependant dans bon nombre de pays : comme la pratique contraceptive, le recours à l'avortement est plus fréquent en zone urbaine et chez les femmes les plus instruites qui utilisent donc tous les moyens à leur disposition pour réguler leur fécondité. Et d'ailleurs, « l'offre » en matière d'avortement est plus fournie en milieu urbain qu'en zone rurale, qu'il s'agisse de l'offre médicale formelle ou informelle, de la pharmacopée traditionnelle ou de toute une gamme de produits réputés abortifs.

Le désir d'espacement ou de limitation des naissances fait partie des principales raisons invoquées par les femmes lorsqu'on les interroge sur les raisons pour lesquelles elles ont interrompu leur grossesse. Globalement, on peut dire que l'avortement a un impact non négligeable sur la baisse de la fécondité dans certains pays : en Asie, il intervient pour réduire la descendance et en Afrique pour espacer les naissances. Cette question de l'espacement des naissances se pose avec d'autant plus d'acuité qu'il s'agit d'un contexte où les pratiques d'allaitement et d'abstinence post-partum ne jouent plus, autant que par le passé, leur rôle de régulateur de la fécondité. En Afrique, les échecs contraceptifs sont fréquents, et l'avortement est parfois utilisé en remplacement de la contraception par les femmes qui n'ont pas accès à la planification familiale.

Épidémie de Sida, fertilité et comportements reproductifs

Si l'on connaît de mieux en mieux les répercussions de l'épidémie de Sida en termes de mortalité et d'espérance de vie des populations, les retombées sur la fécondité restent largement inexplorées. Dans son texte, Annabel Desgrées du Loû souligne que les relations entre Sida et fécondité sont extrêmement complexes, car elles résultent de

phénomènes à différentes échelles : d'une part, des effets strictement biologiques et physiologiques de l'infection par le VIH sur la fécondité de l'homme et de la femme, d'autre part, des effets psycho-sociologiques de l'épidémie de Sida sur les comportements sexuels et de procréation.

En ce qui concerne le premier aspect, on sait maintenant que l'infection par le VIH s'accompagne chez l'homme d'une baisse de la capacité fécondante du sperme, et chez la femme d'une baisse de la fertilité, c'est-à-dire de la capacité à concevoir et mener à son terme une grossesse. En ce qui concerne le second aspect, les recherches ont montré que les effets de l'épidémie de Sida sur les comportements sexuels et de procréation étaient multiples et contradictoires, mais qu'un certain nombre de changements pourraient contribuer à une baisse de la fécondité. Parmi ceux-ci, notons le report du calendrier de l'initiation sexuelle et de l'entrée en union des jeunes filles, la remise en question du lévirat et une moindre tolérance de l'infidélité conjugale. En dernier lieu, la hausse de la mortalité des adultes en âge de procréer dans les pays fortement touchés par l'épidémie de VIH/Sida est un facteur indirect de diminution du nombre de naissances.

Le problème est différent quand on se place du point de vue des personnes qui se savent infectées par le VIH. Il s'agit le plus souvent de femmes qui apprennent leur statut à l'occasion d'un dépistage prénatal ou au cours d'une grossesse. Des études ont montré que, dans les deux ans qui suivaient l'annonce à la femme de sa séropositivité, l'incidence des grossesses était très élevée, et cela dans toutes les catégories sociales, même chez les femmes instruites. On voit donc bien que l'impact de l'épidémie de Sida sur la fécondité est complexe et a dimensions multiples, avec à la fois des interactions biologiques et des modifications comportementales, dont le bilan final est difficile à établir.

Santé de l'enfant : de nouvelles menaces liées au Sida

Dans une conjoncture démographique et sanitaire caractérisée par une fécondité élevée et une transmission hétérosexuelle du VIH, la proportion de femmes infectées par le virus est égale, voire supérieure à celle des hommes, ce qui affecte la santé et la survie de nombreux enfants exposés à la transmission mère-enfant. D'une manière générale, on observe un ralentissement de la baisse de la mortalité infanto-juvénile en Afrique, avec même une inversion de tendance dans certains pays très touchés par l'épidémie de Sida, d'autant plus inquiétante qu'elle survient alors que les niveaux de mortalité sont encore élevés, dans un contexte socio-économique particulièrement difficile.

Chez l'enfant, l'infection à VIH est transmise par la mère dans la majorité des cas. Sophie Le Cœur, dans son texte, précise que, comme leur diagnostic est complexe, la quasi-totalité des infections de l'enfant n'est pas identifiée et donc rarement prise en charge. Et pourtant, depuis 1994, grâce aux interventions mises au point pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, la plupart de ces infections auraient pu être évitées.

De toutes les stratégies, ce sont l'administration d'anti-rétroviraux, l'accouchement par césarienne et l'allaitement artificiel qui apparaissent aujourd'hui comme potentiellement les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Toutefois la césarienne n'est pas recommandée dans les pays du Sud, en raison des risques associés à cet acte et de ceux liés aux complications infectieuses chez des femmes immunodéprimées, et du risque d'accidents ou de blessures professionnelles pour les obstétriciens. En ce qui concerne les deux autres mesures, leur application concrète n'est pas aisée, sachant que dans les pays les plus à risque, beaucoup de femmes n'ont pas accès au *counselling*² ni au dépistage du VIH pendant la grossesse, et que l'acceptabilité de l'allaitement artificiel est loin d'être acquise dans ces contextes.

Alice Desclaux, dans son texte, montre que la seconde étape dans la stratégie de prévention qui consiste à mettre en oeuvre l'alimentation des nouveaux-nés de mères séropositives par des substituts du lait maternel, se heurte à de nombreux obstacles, relevant de la disponibilité du lait artificiel, de l'accessibilité économique et de l'acceptabilité sociale et culturelle. A supposer que la disponibilité et l'accessibilité soient assurées, les obstacles d'ordre social et culturel sont difficiles à surmonter. En effet, dans les cultures traditionnelles, l'allaitement maternel est valorisé à plusieurs titres : sur le plan symbolique, il inscrit l'enfant dans la parenté, et sur le plan biologique, il lui apporte une « force » toute particulière. Dans les populations où l'allaitement maternel prolongé est la norme, l'adoption d'un mode d'alimentation peu conforme aux usages peut ouvrir la voie à diverses formes de discrimination et de stigmatisation. Sans oublier que le recours à l'allaitement artificiel ne saurait avoir l'impact espéré sur la mortalité des jeunes enfants que dans des contextes bénéficiant d'un approvisionnement en eau potable et de conditions d'hygiène suffisantes.

Cependant, des expériences ont montré que la prévention de la transmission par l'allaitement était possible, à condition que les équipes sanitaires soient compétentes et disposent du temps nécessaire pour dispenser le *counselling* en allaitement, que l'accès aux substituts de lait maternel soit assuré et subventionné, que les enfants soient bien suivis sur le plan nutritionnel, et que les femmes soient soutenues dans le secteur communautaire en matière de lutte contre la stigmatisation et de gestion de l'impact psychologique de la séropositivité. Quand l'allaitement artificiel n'est pas possible, il

² D'une manière générale, le *counselling* est défini comme un dialogue confidentiel entre un client et un soignant en vue de permettre au client d'évaluer les risques pour la santé qui le concernent et concernent ses proches, et de faciliter l'adoption de comportements appropriés en matière de dépistage, de prévention et de prise en charge des malades comme de leur entourage.

faut encourager les mères à sevrer leur enfant au plus tôt. On devrait pouvoir envisager dans l'avenir d'autres stratégies de prévention, comme par exemple une « sécurisation » de l'allaitement maternel par l'usage d'anti-rétroviraux chez la mère et/ou chez l'enfant.

Comme le montre Philippe Msellati dans son article, au-delà de la question de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, se pose celle de la prise en charge des enfants infectés. Le diagnostic de l'infection par le VIH chez l'enfant est plus difficile que chez l'adulte, et, en l'absence de test de dépistage, cette infection de l'enfant passe souvent inaperçue. Même quand le diagnostic est posé, des facteurs socio-culturels jouent un rôle dans l'absence de mobilisation des personnels de santé : la croyance que l'enfant est condamné et l'issue du combat contre la maladie toujours fatale ; l'apparition d'affections chroniques très difficiles à traiter et parfois, la peur de contracter l'infection par des contacts répétés avec l'enfant.

Et pourtant, il existe des stratégies de prise en charge efficaces pour maintenir la meilleure qualité de vie, le plus longtemps possible. Ce sont : une prophylaxie des infections bactériennes et opportunistes, une protection vaccinale, une prophylaxie anti-tuberculeuse si nécessaire, une supplémentation en micro-nutriments, une surveillance nutritionnelle, et enfin un traitement par médicaments anti-rétroviraux avec une surveillance de l'observance et une attention particulière aux effets secondaires. En Afrique, il n'y a pour le moment que deux pays, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, où une prise en charge des enfants infectés est assurée et où les traitements anti-rétroviraux sont gratuits.

Il est important de développer la prise en charge psycho-sociale, de même que le traitement de la douleur de l'enfant en fin de vie. Par ailleurs, la prise en charge de l'infection pédiatrique par le VIH n'est réellement efficace que lorsqu'elle est conduite par une équipe multidisciplinaire travaillant de façon collégiale, ce qui n'est encore que rarement le mode de fonctionnement des équipes soignantes dans les pays du Sud.

D'une part, la recherche clinique est indispensable pour développer et mettre au point les stratégies de suivi des enfants séropositifs. D'autre part, des recherches opérationnelles sont encore nécessaires pour trouver les interventions les plus efficaces, réalisables et acceptables concernant les options alimentaires à moindre risque, et les meilleures stratégies de prise en charge thérapeutique.

La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels

Doris Bonnet
Agnès Guillaume

Introduction

Le terme « santé de la reproduction »¹ est apparu, à la fin des années 1980, sous l'impulsion des organismes internationaux (Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la Population), sous l'influence non seulement de préoccupations sanitaires et des politiques de population, mais aussi sous la pression de mouvements socio-politiques (associations de lutte pour la défense des Droits de l'Homme...) et de mouvements et organisations non gouvernementales axés sur la défense du droit des femmes. Il correspond, de fait, à une vision universelle du développement social et sanitaire des populations du Nord et du Sud.

Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la « santé de la reproduction » en référence au concept de santé, énoncé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 : « la santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante). Cela signifie aussi que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger² » (Fathalla, 1992).

L'attention croissante accordée à la planification familiale et aux droits humains, la prise en considération de relations d'égalité entre les hommes et les femmes, en particulier le droit individuel en matière de sexualité et de fécondité, ont donné une autre vision de la notion de reproduction qui n'est plus uniquement centrée sur le couple mère/enfant et qui dissocie également les questions relatives à la sexualité de

¹ reproductive health.

² traduit par nous-mêmes.

celles de la reproduction. Consécutivement, à la notion de maternité sans risque, s'est ajoutée celle de la sexualité sans risque (lutte contre les violences sexuelles, contre l'excision, contre les maladies sexuellement transmissibles, et les grossesses non désirées, en particulier des adolescentes). Le champ couvert ne prend plus en compte des considérations exclusivement d'ordre médical mais aussi juridique.

Dans ce contexte, ce chapitre s'intéresse tout d'abord à l'évolution du concept de « reproduction humaine » dans son utilisation par les organismes internationaux et à l'émergence du concept de « santé de la reproduction ». L'article considère ensuite les différents acteurs impliqués (populations et médiateurs institutionnels) et analyse leur rôle dans les comportements relatifs à la sexualité et à la fécondité afin de mettre en évidence leur influence dans les choix individuels comme collectifs.

Enfin, l'article aborde le thème de l'avortement pour illustrer l'écart existant entre les décisions prises à un niveau international et les politiques des États, les contraintes des populations confrontées aux choix politiques et à leurs implications législatives ou au respect d'idéaux sociaux et religieux.

De la santé maternelle et infantile à la santé de la reproduction

Historique du concept

Les questions relatives à la reproduction ont été traitées, pendant de nombreuses années, tant au niveau des organismes internationaux que des politiques sanitaires des pays à partir de programmes intitulés « santé maternelle et infantile ». Ces programmes étaient essentiellement centrés sur la lutte contre les morbidités et mortalités maternelles et infantiles. Si la notion d'espacement des naissances était intégrée à ces programmes, elle correspondait à un souci de préserver la santé de la mère et surtout celle de l'enfant : en effet, plus l'intervalle entre deux naissances est court, et plus le risque de mortalité de l'enfant est élevé en particulier à cause du sevrage précoce qui entraîne un risque de malnutrition (Bonnet, 2002).

Jusqu'à la fin des années 1960, la question de la planification familiale était rarement incluse dans les programmes de santé et de population des États. La régulation de la fécondité reposait, alors, essentiellement sur des pratiques d'abstinence après l'accouchement et d'allaitement prolongé et non sur les méthodes modernes de contraception. Cette position reflétait une vision pronataliste des autorités sanitaires et des gouvernements, pour des raisons aussi bien religieuses que démographiques (forte

fécondité par compensation d'une mortalité infantile élevée) ou politiques (besoin de main d'œuvre pour le développement du pays). La planification familiale restait un sujet tabou dans nombre de pays du Sud, en témoignent les réactions empreintes de réticences des États lors de la Conférence mondiale sur la population en 1953, même si en 1951, l'OMS avait été sollicitée par le gouvernement indien pour mener des recherches sur les "méthodes naturelles" de régulation de la fécondité.

À partir des années 1960, les programmes de l'OMS, organisme qui a joué un rôle moteur en la matière, font évoluer le concept de « santé maternelle et infantile » vers celui de la « santé de la reproduction ». Dès 1965, une unité intitulée « Reproduction humaine » est créée au sein de la division de la Santé Familiale où l'on souligne la nécessité de la connaissance des facteurs socio-culturels et économiques de la reproduction humaine. La population cible de ces programmes reste celle des femmes en âge fécond et de leurs enfants. En 1968, une déclaration lors d'une assemblée de l'OMS stipule que « chaque famille doit avoir la possibilité d'obtenir des informations et des conseils sur les problèmes relatifs à la planification familiale, y compris la fécondité et la stérilité » (Kessler, 1992). Un pas est ainsi franchi dans l'appréhension des questions relatives à la reproduction avec ces déclarations en faveur de la planification familiale.

À partir de cette période, un effort est entrepris à l'échelle mondiale pour améliorer les méthodes de planification familiale (efficacité, acceptabilité, coût, sécurité...) et pour en développer de nouvelles (injections, plantes, méthodes liées à la détermination de la période féconde, contraceptifs masculins). De nombreux obstacles à l'utilisation de ces méthodes apparaissent dans les pays en développement : la connaissance insuffisante du processus de reproduction des éventuelles utilisatrices, un manque d'information sur la diversité des méthodes, le dysfonctionnement des services de santé et la crainte, de la part des femmes, des effets secondaires de la contraception sur leur santé.

Au début des années 1970, l'OMS propose d'étendre ses activités et ses recherches relatives à la reproduction humaine. Une commission d'experts est créée pour favoriser la recherche de nouvelles méthodes de planification familiale. Un réseau de services de santé est également mis en place dans différents pays afin de tester un certain nombre de méthodes. Le développement de ces activités passe par la mobilisation d'une masse critique de chercheurs de différentes disciplines (sciences de la vie, sciences humaines et sociales, santé publique), impliqués dans la formation à la recherche, la recherche, et le développement. Ce travail est mené en liaison avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Les programmes relatifs à la reproduction humaine sont indissociables, à cette époque, de l'histoire de la planification familiale et de son introduction progressive dans les pays du Sud. Ils correspondent à un objectif malthusien de contrôle de la population par choix des gouvernements, mais aussi sous la pression des organismes internationaux. Dans ce contexte, il a fallu adapter les politiques sanitaires de mise en place de la planification familiale aux politiques nationales de régulation de la population.

En 1972, est créé, à l'OMS, un programme de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction Humaine (HRP) qui acquiert le statut de « programme spécial », lui conférant un rôle important. De 1976 à 1981, des recherches se développent sur les méthodes masculines de contraception, sur les causes de l'infécondité et sur les maladies sexuellement transmissibles qui en sont les principales causes. À la même époque, l'OMS recommande d'intégrer les programmes de planification familiale aux services de santé maternelle et infantile ; elle met aussi en place des programmes de formation pour les accoucheuses traditionnelles dans le cadre de sa politique des soins de santé primaires, et favorise des recherches socio-culturelles, économiques et psycho-sociales sur l'acceptabilité de la planification familiale.

Depuis 1988, le programme HRP est devenu le principal instrument de recherche des Nations Unies sur la reproduction humaine. Il est patronné conjointement par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), et la Banque Mondiale. Il met principalement l'accent sur la régulation de la fécondité et sur la capacité des pays du Tiers Monde à développer une recherche pluridisciplinaire sur ce thème. Par exemple, suite à une initiative de chercheurs et de praticiens hospitaliers africains impliqués dans des programmes relatifs à « la maternité sans risque », le Réseau Africain de Recherche en santé de la reproduction est créé, en 1989, à Dakar. Douze pays y adhèrent : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Guinée, Madagascar, le Mali, le Niger, le Togo, le Sénégal et l'ex-Zaïre. Sont impliqués dans ce réseau des chercheurs en sciences sociales, des praticiens universitaires ou hospitaliers en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en biologie de la reproduction et en santé publique.

Ce réseau a pour objectif de promouvoir des activités de recherche en santé de la reproduction à travers des rencontres scientifiques, des publications et des formations en partenariat. Par exemple, en 1990 et 1991, se sont tenues, au Sénégal, des journées scientifiques sur les « pratiques traditionnelles ayant un effet sur la santé des femmes et des enfants » et sur le thème « adolescence et reproduction » ; en 1992, au Bénin, sur celui de la « stérilité et de la sous-fécondité en Afrique subsaharienne » ; en 1993, à Ouagadougou, sur la « planification familiale en Afrique francophone subsaharienne ». L'inventaire des programmes de ces séminaires témoigne que les activités de ce réseau sur la reproduction humaine ne restent plus centrées uniquement sur le couple mère-enfant et intègrent d'autres thèmes que ceux de la planification familiale. Aux aspects strictement biomédicaux s'ajoutent également des préoccupations d'ordre éthique « pour protéger la santé et les droits des individus dans différents contextes sociaux et culturels » (Barzelatto, 1992).

À partir des années 1990, l'état démographique, sanitaire et socio-économique (programmes d'ajustement structurel) des pays du Tiers Monde a induit des évolutions dans la perception de la reproduction humaine. Ces questions ne se limitent plus ni à la morbidité et à la mortalité maternelles et infantiles, ni à la planification familiale. La

pandémie du Sida et la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles ont nécessité des programmes de prévention qui s'adressaient aux hommes comme aux femmes à différents âges de leur vie. A la même époque, la prise en compte du statut de la femme dans les programmes de développement, sous l'influence des associations féministes et des études sur les relations de genre, a conduit à une exigence d'équité dans l'accès aux soins.

La santé sexuelle : une composante de la santé de la reproduction

Dans ce contexte, la notion de santé de la reproduction recouvre, à la fois, le champ « traditionnel » de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi celui de la régulation de la fécondité et celui de la santé sexuelle. Les domaines concernés sont dorénavant : la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, les infections génitales, les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, les cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles.

La notion de « santé sexuelle » apparaît en 1975 à l'occasion d'une conférence de l'OMS. Elle ne vise pas uniquement les maladies de l'appareil génital mais aussi les dimensions affectives et sociales des relations sexuelles (Giami, 2002). Cette notion est capitale car elle change radicalement l'approche de la question de la reproduction. En effet, elle dissocie la sexualité de la procréation, ce qui a pour effet d'élargir le champ des personnes concernées, de conférer à la femme le droit de disposer librement de son corps, mais aussi d'introduire une idée de « responsabilité partagée » entre hommes et femmes. La reconnaissance de cette autonomie des femmes et d'une équité entre les femmes et les hommes introduit le concept de « sexualité responsable », puis en 1993, celui de droit sexuel utilisé d'une part dans la revendication du plaisir sexuel (notamment dans le cas des mouvements homosexuels ou dans la lutte contre l'excision), et d'autre part dans le combat des féministes contre le harcèlement et l'exploitation sexuels (Tiefer, 2002).

Le champ couvert par la santé de la reproduction inclut donc différents acteurs, hommes et femmes, à différentes étapes de leur vie sexuelle et reproductive : naissance, adolescence, âge adulte, ménopause (Turmen, 1996). Il oblige à considérer la santé des adolescentes, jusqu'à présent exclues des services de planification familiale, et même celle des petites filles à propos de la question difficile de l'excision. Il prend en compte également les femmes ménopausées dont l'état de santé dépend des antécédents de leur vie génésique. Cette extension à d'autres populations s'applique aussi aux hommes dès leur adolescence, plus particulièrement à ceux qui sont concernés par les maladies sexuellement transmissibles.

Cette notion de santé de la reproduction dépasse donc le strict cadre médical pour poser la question de la liberté et de la responsabilité individuelles dans les comportements sexuels et reproductifs, et donc plus généralement de l'équité entre les hommes et les femmes.

Les droits reproductifs : l'émergence d'un nouveau droit ?

L'idée de droit reproductif, fondée sur la définition des Droits de l'Homme, et influencée par les mouvements féministes, a émergé avec celle de la santé de la reproduction (Gautier, 1996). Si le « droit à la santé » précède le « droit reproductif », la notion de droit reproductif est associée historiquement aux revendications féministes des pays du Nord (liberté sexuelle, droit à la contraception et à l'avortement). Les féministes ont fait accepter l'idée que les droits individuels, politiques, économiques, sociaux et culturels étaient intimement corrélés et non négociables les uns avec les autres. La question du droit reproductif dépasse donc aujourd'hui largement le champ de la santé (Gautier, 2000). En effet, ces droits en matière de reproduction reposent « sur la reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances (...) et du droit d'accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations unies, 1994 et 1995). Bien que les féministes se fondent sur la revendication d'une liberté en matière de projet parental, soit d'une maternité désirée, elles cherchent aussi, à travers ce droit, à s'émanciper des contraintes de la maternité et de la domination du masculin (Héritier, 1999). Ainsi, le recours à la contraception permet aux femmes d'échapper à ces contraintes mais aussi de s'approprier la maîtrise de leur fécondité, un pouvoir encore souvent du ressort des hommes dans les pays du Sud.

Dans cet état d'esprit, le droit reproductif a pour but d'éviter dans ces domaines toute discrimination, coercition ou violence à l'égard des femmes. La question des violences sexuelles évoquée par les médias dans les différents conflits socio-politiques (viol des femmes sur les boat-people, dans les camps de réfugiés, etc.) contribue à renforcer l'intérêt pour une prise en compte des droits reproductifs. Elle est aussi abordée dans des situations de la vie courante (violences conjugales) soit d'une manière plus générale à l'occasion d'enquêtes démographiques et de santé réalisées dans différents pays du sud³.

³ Une série d'enquêtes avec des protocoles communs de recherches, intitulés « Enquêtes Démographiques et de Santé » (en anglais Demographic and Health Surveys) a été réalisée depuis les années 1980, à une échelle internationale mais en particulier dans les pays en développement afin de comparer les niveaux de fécondité, l'utilisation de la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant. Dans les enquêtes les plus récentes, la question de la violence faite aux femmes a été intégrée.

La question de l'excision a, elle aussi, été étudiée et a fait l'objet de nombreux débats également sous la pression des mouvements féministes et des organisations internationales soulignant notamment les méfaits de cette pratique sur la santé des femmes (Locoh, 1998). Bien que de nombreux pays aient adopté des législations pour interdire ces pratiques, ces lois ne sont pas toujours suivies d'effet sur le terrain.

La notion de droit reproductif renvoie aussi au rôle des pouvoirs publics dans la définition de leur politique de population. En effet, confrontés à des problèmes démographiques, certains pays ont adopté des politiques parfois coercitives pour modifier le cours de leur croissance démographique, qu'il s'agisse de mesures pour infléchir ou au contraire pour redynamiser la croissance naturelle. Par exemple, les pratiques de stérilisation adoptées en Inde dans les années 1950 constituent une atteinte à la liberté individuelle. De même, l'instauration du contrôle strict des naissances, comme en Chine, peut aboutir à des pratiques d'avortement ou d'infanticide selon le sexe de l'enfant (Vella, 2003).

Les acteurs de la santé de la reproduction

Les différentes définitions relatives aux droits reproductifs et d'une manière plus générale à la santé de la reproduction impliquent, comme nous l'avons déjà mentionné, les hommes comme les femmes à différentes périodes de leur vie ; mais elles conduisent aussi à s'interroger sur les véritables acteurs ciblés par les programmes relevant de ce domaine : quels sont les différents acteurs concernés, quelle est leur marge de manœuvre effective et leur véritable liberté de choix ? Ont-ils réellement accès aux programmes de santé de la reproduction ? D'autre part, les autorités politiques et sanitaires prennent-elles vraiment en compte les recommandations des conférences internationales ou ont-elles tendances à maintenir des orientations conservatrices par rapport aux populations concernées afin d'éviter un certain nombre de tensions socio-politiques (corporatismes professionnels, opinions religieuses) ? Enfin, peut-on parler d'équité entre les sexes dans des sociétés où la majeure partie des femmes reste sous la domination masculine ?

Comme on l'a vu précédemment, les femmes sont dorénavant placées comme actrices dans le processus décisionnel en matière de reproduction, même si dans de nombreux pays en développement elles ne disposent pas d'une autonomie totale de décision, autrement dit d'un choix individuel, en ce qui concerne leur sexualité et leur fécondité. Selon l'OMS « le concept de santé de la reproduction (...) place les femmes au centre de ce processus, comme sujets et non comme objets, comme fins et non comme moyens. Il impose le respect et répond aux besoins des femmes⁴ » (Fathalla, 1997).

⁴ traduit par nous-mêmes.

Leurs attentes en matière de santé ne sont donc plus uniquement liées à leur rôle maternel.

Pourtant, l'inégalité entre hommes et femmes reste particulièrement évidente dans un certain nombre de domaines : accès aux services de santé, à l'alimentation, à la vie économique et politique, aux droits de succession, à l'éducation. Par exemple, dans la plupart des régions du monde, la femme reçoit une éducation scolaire moins poussée que l'homme (Nations unies, 1994). Selon les Nations unies, 70 % des enfants qui ne sont pas inscrits à l'école primaire sont des filles alors que depuis plus de 40 ans le droit à l'éducation figure dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. En 1990, les gouvernements réunis en Thaïlande, à l'occasion de la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, se sont engagés à universaliser l'accès à l'éducation de base. Pourtant, plus d'un tiers des adultes de la planète, pour la plupart des femmes, ne peut s'informer à partir de supports écrits (Nations unies, 1994). Cette situation a forcément une incidence sur la capacité des femmes à être informées sur les questions relatives à la santé et à la prévention des maladies.

Les femmes sont aussi lésées dans le domaine du droit individuel : dans la vie quotidienne, les pratiques coutumières sont plus souvent appliquées que celles du droit moderne. Nombre d'entre elles n'ont pas le droit d'acquérir un bien en propre, de demander la garde des enfants en cas de divorce ou de revendiquer un droit de succession. Par exemple, si la pratique du lévirat (remariage de la veuve au décès du conjoint avec l'un des frères du décédé) avait à l'origine pour but de protéger les femmes et de les maintenir au sein d'un groupe familial avec leurs enfants, elle a aujourd'hui l'inconvénient de les assujettir, quelquefois contre leur gré, à une famille dont elles veulent parfois s'émanciper (difficultés de remariage, impossibilité d'hériter des biens du ménage, privation de la garde et de l'éducation des enfants). À l'inverse, là où cette pratique pourrait les protéger, sa fonction est remise en cause. Par exemple, par crainte d'une propagation du sida, le lévirat peut être refusé par certains hommes car les femmes sont souvent suspectées d'être les principales responsables de la contamination des maladies sexuellement transmissibles (Le Palec, 1994). Ainsi, en Ouganda, à propos de familles atteintes par l'infection à VIH, T. Barnett et P. Blaikie (1992) ont constaté, en cas de décès d'un malade du sida, que certaines femmes et leurs enfants étaient privés de tout héritage et obligés d'adopter des stratégies individuelles de survie. Dans d'autres pays, le lévirat reste, malgré tout, une mesure de protection là où les actions sociales sont peu développées (Taverne, 1996). Cet exemple du lévirat est révélateur de l'influence que la famille peut exercer sur la vie des femmes : dans les sociétés où elles sont dans des positions de dépendance économique et sociale, la famille (proche ou élargie) joue un rôle dans les processus décisionnels mais aussi au niveau de la prise en charge de la santé et des comportements en matière de fécondité.

Par exemple, le rôle joué par certains membres de la famille (aînés, tantes, grands-parents) dans les soins aux enfants a été souligné dans différents travaux, notamment en ce qui concerne les grands-mères qui occupent un rôle central dans les soins aux

jeunes enfants (Ouedraogo, 1994). En Ouganda, leur présence a permis à de nombreux enfants, dont les parents sont affectés par le sida ou décédés de cette maladie, de bénéficier d'une prise en charge affective et matérielle même si elle est malheureusement de courte durée (Ankrah, 1994). En revanche, dans d'autres cas, leur présence dans la cour familiale peut être un frein au recours biomédical, les grands-mères ayant tendance à recourir davantage aux soins domestiques (Guillaume *et al.*, 1997).

En matière de fécondité, l'environnement familial peut infléchir certains comportements à travers la pression sociale pronataliste des groupes lignagers, particulièrement en zone rurale. En effet, l'enfant n'est pas considéré comme appartenant uniquement à ses parents biologiques mais à l'ensemble du groupe familial du père ou de la mère selon la filiation. Il est donc soumis à d'autres autorités que celle de ses parents, peut être confié à d'autres membres de la famille ou même à des amis sans que la mère approuve systématiquement cette décision. Ces facteurs familiaux ne sont généralement pas pris en compte dans les services de santé et de planification familiale qui ont tendance à privilégier le couple mère-enfant ou la triade père-mère-enfant. Si l'on parle de santé familiale, il faut donc que ce concept s'adapte à la réalité des différents modèles familiaux observés aujourd'hui : nucléarisation ou famille élargie, monoparentalité, montée du célibat féminin et du nombre de femmes chefs de ménage, familles monogames ou polygames.

De plus, les services hospitaliers ont longtemps fait l'impasse sur le rôle de la famille au cours de l'hospitalisation de l'enfant, là où l'infirmier ne peut se consacrer au soin quotidien comme il est d'usage dans les hôpitaux occidentaux. Il est aussi fréquent que les enfants ne soient pas accompagnés dans les consultations par leur mère biologique (Roger Petit-Jean, 1999). Cette situation est, elle aussi, rarement prise en compte alors qu'elle a un effet indéniable sur l'information et la prévention des maladies. En d'autres termes, la prise en charge de l'enfant en bas âge ne dépend pas uniquement de ses parents biologiques, même si les pères restent dans bien des cas les détenteurs principaux du pouvoir financier et décisionnel et maintiennent les femmes dans des positions de dépendance.

La volonté d'impliquer les hommes dans la santé de la reproduction en est d'autant plus justifiée : il convient néanmoins de s'interroger sur les capacités des services de santé à renforcer la participation des hommes à leurs activités par rapport à leurs modes de fonctionnement actuel. En effet, certains services sont très cloisonnés et spécialisés dans des domaines d'intervention particuliers, amenant à une répartition des lieux de consultations entre hommes et femmes. Ainsi, les services de planification familiale sont souvent intégrés aux activités de santé maternelle et infantile et ils excluent généralement la population masculine. Cette situation ne peut que conforter certains comportements masculins réfractaires à la régulation des naissances, aussi bien ceux qui considèrent la fécondité comme un domaine réservé aux femmes que ceux qui sont favorables à une forte descendance et qui refusent l'accès à leurs épouses

à la planification familiale car ils y voient souvent une prise de liberté des femmes et un risque d'infidélité conjugale.

Ces observations amènent donc à repenser l'organisation des services de santé même si ces situations évoluent puisque les résultats des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) font apparaître qu'une proportion non négligeable d'hommes manifestent leur intention d'utiliser la contraception dans le futur et approuvent les programmes de planification familiale (Ezeh *et al.*, 1996). Ainsi dans les pays d'Afrique de l'Est, plus de la moitié des hommes déclarent leur intention d'utiliser la contraception dans le futur (cette proportion atteint 65 % au Malawi et seulement 30 % en Tanzanie). En Afrique de l'Ouest, ces proportions sont beaucoup plus faibles : 6 % au Mali, entre 20 et 30 % au Burkina Faso, Cameroun et Niger, mais 5 % des hommes au Ghana en 1993. Quant à la planification familiale, entre 90 et 97 % des hommes en Afrique de l'Est déclarent y être favorables (seulement 78 % en Tanzanie), entre 70 et 90 % manifestent leur approbation en Afrique de l'Ouest (Burkina, Ghana et Niger), seulement 48 % au Cameroun, 44 % au Sénégal et 23 % au Mali. Ainsi, tous les hommes ne sont pas opposés à la planification familiale, mais leurs déclarations d'intention se traduiront-elles par des pratiques effectives ?

Cependant dans bien des situations, les programmes, encore une fois, s'adressent prioritairement aux femmes et la planification familiale reste dans bien des cas une « affaire de femmes ». Jusqu'à présent, les méthodes contraceptives les plus utilisées (pilule, stérilet, injection, diaphragme, spermicide, norplant) sont essentiellement féminines. Elles peuvent être vécues comme une contrainte pour les femmes, mais elles leur permettent en même temps de les utiliser sans l'implication ni l'autorisation de leur conjoint et les rendent ainsi plus indépendantes dans la gestion de leur sexualité et de leur fécondité.

La situation est différente pour les méthodes préventives (essentiellement le préservatif masculin) qui supposent, pour leur utilisation, un accord de l'homme et donc une négociation des relations sexuelles qui n'est pas toujours facile pour les femmes, surtout pour les femmes mariées très touchées par le sida en Afrique : une telle négociation risque de jeter une certaine suspicion sur les comportements de l'homme comme sur ceux de la femme. La diffusion du préservatif féminin va peut-être permettre d'améliorer cette situation, même s'il ne s'agit pas pour l'instant d'une méthode grand public.

L'accès à la santé pour les femmes et les types de soins qui leur sont prodigués sont largement dépendants de la qualification des personnels de santé et des conditions d'accès aux soins (consultations surchargées, mauvaises conditions d'accueil, manque de matériel, etc.). De plus, certains services n'offrent pas un libre accès aux femmes puisqu'une autorisation maritale peut, parfois, leur être exigée pour accéder aux soins : dans les centres de planification familiale, l'accord du mari pour que les femmes obtiennent une contraception est parfois exigé ou vivement souhaité par les personnels de santé (Adjamagbo et Guillaume, 2001). Ces contraintes ne permettent pas une bonne information, et le développement d'une prise de décision autonome des femmes.

En 1998, les Taliban d'Afghanistan demandaient aux médecins afghans « de ne pas examiner et de ne pas soigner les femmes sans la présence de leur tuteur légal » (Le Quotidien du Médecin, n° 6312 du 29/06/1998). Certaines activités de formation et de visites à domicile avaient été interrompues à cause de cette mesure. Plusieurs ONG médicales installées à Kaboul s'étaient tournées vers l'ONU et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) pour les interpeller sur la conduite à tenir face à ces directives.

Ces conditions d'accès à la santé posent la question des choix et des droits laissés aux patients dans des contextes sociaux et politiques qui ne favorisent pas la liberté individuelle.

Le libre choix : utopie ou réalité ?

Bien souvent les patients ne disposent pas d'informations suffisantes sur le système de soins, sur la prévention et le traitement de nombreuses maladies, sous prétexte qu'ils ne seraient pas en mesure d'accéder à la connaissance médicale ou simplement parce que le personnel ne dispose pas suffisamment de temps pour mener à bien une sensibilisation de qualité : consultations surchargées, manque de moyens pour les campagnes d'information et pour les séances d'Information, Éducation, Communication (IEC), insuffisance de formation spécialisée du personnel, etc. Dans ce contexte, les patients sont dans une position de dépendance par rapport aux personnels de santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 2002).

Quel sens peut-on, alors, donner à la notion de « liberté de choix » quand les décisions sont prises par les prestataires de service, ou à celle de « choix éclairé » lorsque les informations ne sont pas communiquées aux intéressées ?

Pour des raisons sanitaires, sociales ou économiques, les personnels de centres de planification familiale ne laissent pas toujours le libre arbitre aux femmes dans les choix relatifs aux méthodes contraceptives. Par exemple, au Togo, K. Kotokou (1994) a démontré que les prescriptions dépendaient de la familiarité de la prestataire (et non de celle de la patiente) avec les différentes méthodes. Cette prescription peut être aussi guidée par un choix déterminé selon le profil socio-culturel de la femme. Ainsi, la méthode injectable sera-t-elle plus facilement prescrite que la pilule à une femme ayant été peu scolarisée. La prescription d'une méthode peut également dépendre de la qualification du personnel, des stocks et du matériel médical disponibles : ainsi le stérilet n'est pas prescrit dans certains dispensaires car les personnels n'ont pas reçu de formation pour les poser (Guillaume, 1999).

L'information dispensée aux femmes dans les centres de planification familiale n'aborde pas suffisamment les avantages et inconvénients des différentes méthodes (risques éventuels et les effets secondaires, la nécessité d'un suivi médical, voire leur caractère irréversible de certaines d'entre elles), sous prétexte dans certains cas qu'elles ne seraient pas en mesure de les comprendre. Cette situation a pour conséquence de maintenir les femmes dans une dépendance par rapport aux personnels de santé et contribue à véhiculer de fausses idées sur ces méthodes (par exemple, risque de stérilité et de cancer lié à la contraception).

La stérilisation des hommes comme des femmes, constitue, à ce titre, une atteinte aux droits reproductifs. En effet, elle est faite dans certains cas à l'insu des personnes ou sans les informer de leurs conséquences définitives. Des compensations matérielles ou financières sont parfois utilisées pour inciter les populations à de telles pratiques, par exemple la distribution de radio transistors en Inde. Au Mexique, la pratique de la ligature des trompes a considérablement augmenté puisqu'elle est passée de 8,9 % des utilisatrices de contraception en 1970 à 35 % en 1986 puis à 43% en 1992. « Cette pratique est souvent critiquée comme étant imposée aux femmes soit indirectement par l'absence d'information sur d'autres méthodes ou sur son caractère définitif soit directement par la force » (Gautier et Quesnel, 1993). Cette stérilisation est parfois réalisée lorsque les femmes ont atteint un niveau de descendance supérieur à trois enfants. Dans ce pays, comme d'ailleurs dans la plupart des pays dans le monde, la stérilisation reste essentiellement féminine : elle est rarement pratiquée chez les hommes, sauf en cas de politiques interventionnistes comme cela a pu se produire en Inde.

Enfin, la stérilisation forcée des personnes handicapées a été et est toujours pratiquée dans certains pays pour éviter que des enfants à naître ne deviennent une charge pour la société. Ainsi en Amérique du Nord, des stérilisations forcées ont été faites à des femmes dont la fécondité présentait un « danger social » (McLaren, 1990). Dès le début du 20^{ème} siècle, de telles opérations ont été pratiquées dans des asiles dans un souci d'eugénisme pour limiter la reproduction des personnes « inaptes ». De même, dans les années 1970, des médecins ont pratiqué des stérilisations sur des femmes de condition modeste dans des minorités ethniques d'Amérique du Nord, alors qu'elles voulaient pratiquer un avortement ou avaient besoin d'une césarienne (McLaren, 1990).

La pratique abusive des césariennes, dans quelques pays d'Amérique Latine, est un autre exemple d'une absence de libre choix. Ainsi, au Mexique, en milieu hospitalier, les accouchements par césarienne sont-ils devenus très fréquents et pour « des raisons qui ne sont pas uniquement d'ordre médical » (Lerner et *al.*, 1997). Selon les données de l'enquête nationale de fécondité et de santé de 1987, on observe que le taux d'accouchement par césarienne a plus que doublé en passant de 12,4 % à 28,7 %, et la justification de la raison empêchant un accouchement par voie naturelle n'est pas toujours spécifiée aux femmes, du moins lors de leur première césarienne. D'après les auteurs de cette étude, cette pratique « n'est pas liée à des compensations financières

dans le secteur public, mais plutôt à l'attitude des jeunes médecins en formation en milieu rural, qui, anticipant les risques de complications d'un accouchement par voie naturelle, pratiquent la césarienne ». Par ailleurs, cette intervention chirurgicale permet une certaine gestion des accouchements (jours, heures...) ; enfin, elle induit des trajectoires reproductives, en limitant le nombre d'accouchements possibles et en facilitant la stérilisation qui a lieu (avec l'accord des femmes) dans le prolongement de la césarienne. En effet, la répétition de ces césariennes lors des accouchements avec les lésions qu'elles provoquent, rend pratiquement inévitable la stérilisation de la femme après trois césariennes, la femme n'étant physiquement plus capable de supporter une nouvelle grossesse (Gautier et Quesnel, 1993).

Le libre choix des individus mis à l'épreuve du sida

Au début de l'épidémie de Sida, la question du libre choix des individus a été au cœur des débats à propos du dépistage du virus : les médecins s'interrogeaient sur la nécessité et l'intérêt de dépister les individus et de communiquer les résultats des tests en l'absence de traitement et plus globalement de prise en charge (Gruénais, 1995).

En effet, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, les dépistages à l'insu des personnes ont été une pratique courante pour plusieurs raisons⁵ : d'une part pour protéger les personnels de santé des risques de contamination lors d'actes médicaux et chirurgicaux, d'autre part pour palier à la difficulté d'annoncer la séropositivité, surtout quand aucun traitement n'était accessible et en l'absence de prise en charge psychosociale. Pourtant, à cette époque les autorités nationales et internationales de lutte contre le Sida soulignaient la nécessité d'annoncer la séropositivité aux personnes infectées par le VIH dans une perspective de santé publique (prévention des risques de contamination et modification des comportements sexuels).

L'annonce de la séropositivité posait et pose encore diverses questions : le consentement libre et éclairé des personnes au moment du dépistage, un *counselling* adapté au contexte et le droit à la connaissance du statut sérologique (Collignon et al., 1994).

La création de cellules de prise en charge des personnes atteintes du Sida a permis d'améliorer considérablement cette gestion de l'annonce et ainsi de limiter les dépistages à l'insu. En Côte d'Ivoire, par exemple, « les premières unités spécifiques de soins et de conseils aux séropositifs ont vu le jour dans les années 1990-91 pour faire face au nombre de cas croissants de séropositifs et pour réduire les problèmes de confidentialité auxquels étaient confrontés les personnels de santé » (Blibolo, 1996).

⁵ Au début des années 1990, au Congo, ce type de dépistage était fréquemment réalisé dans les banques de sang ou dès l'arrivée des patients à l'hôpital (Gruénais, 1995).

Les traitements contre le Sida (AZT, antirétroviraux...) ont permis de réduire la transmission du virus, notamment celle de la mère à l'enfant et d'améliorer la vie des personnes porteuses du VIH. Ils ont changé les attitudes du personnel de santé et des patients par rapport au dépistage : la possibilité de bénéficier d'un traitement en cas de séropositivité facilite, en effet, l'acceptabilité du dépistage, puisqu'une alternative s'offre aux patients. Mais une nouvelle question se pose quant aux inégalités d'accès à ces traitements.

Aujourd'hui, un consensus s'est établi pour dire que chacun, au Nord comme au Sud, doit pouvoir bénéficier des traitements, mais des barrières économiques, sanitaires et sociales s'érigent et remettent en cause ce droit universel à la santé. En effet, les traitements sont onéreux dans la plupart des pays où la majorité des citoyens ne bénéficie pas d'une protection sociale. Pourtant la mobilisation, dans certains pays, des acteurs politiques mais aussi des associations de malades ou des organisations non gouvernementales, a amené les laboratoires pharmaceutiques à produire à moindre coût dans quelques pays du Sud (Brésil, Inde, Thaïlande) des médicaments génériques, les rendant ainsi accessibles à un plus grand nombre.

Si les risques de transmission materno-fœtale du virus ont diminué grâce à l'effet de certains traitements, ils persistent avec la pratique de l'allaitement maternel. La recommandation de l'arrêt de l'allaitement au sein risque, dans des contextes de précarité, de favoriser une malnutrition sévère de l'enfant (Desclaux, dans cet ouvrage). D'autre part, les femmes qui suivent ces recommandations sont susceptibles d'être stigmatisées par leur entourage et parfois même par les personnels de santé. Cette situation amène la femme à révéler à son conjoint son statut sérologique, ce qui n'est pas systématiquement fait lors du dépistage par crainte d'un rejet (voir Desgrées du Loû dans cet ouvrage).

Le contexte du sida conduit à des changements dans les relations conjugales et dans les projets familiaux des couples affectés par le VIH : négociation des relations sexuelles, gestion de la prévention, questionnement du désir d'enfant, abandon des pratiques traditionnelles d'allaitement, etc.

Ces quelques éléments relatifs au libre choix des individus par rapport à la santé de la procréation montrent des situations de dépendances par rapport aux politiques de population, aux systèmes de santé et à l'institution familiale. Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la nature réelle des droits reproductifs et leur application face à cet ensemble de contraintes économiques, sanitaires et sociales. A ce titre, le recours à l'avortement est un autre exemple des droits des femmes, eu égard au respect de la loi et aux normes sanitaires en vigueur selon les pays.

De la déclaration politique à la pratique : le cas de l'avortement

La question de l'avortement est particulièrement exemplaire des divergences qui peuvent exister entre différents pays quant à la légitimité de cette pratique et à la gestion que les populations en font. Il n'existe pas de droit universel appliqué à l'avortement, chaque pays légiférant selon ses convictions religieuses, ses législations relatives au droit de la personne ou ses politiques familiales. Le recours à l'avortement expose donc ceux qui le pratiquent à des risques tant sanitaires que juridiques.

Les politiques adoptées ont des conséquences sur la santé et la liberté des individus. Ainsi, dans certains pays d'Europe de l'Est, l'avortement a été pendant longtemps libéralisé et intervenait en lieu et place de la contraception : l'avortement a précédé la contraception dans la régulation de la fécondité, la contraception moderne étant peu diffusée dans ces pays (Bajos et Guillaume, 2002). En Pologne, libéralisé en 1956, l'avortement servait de mode de régulation de la fécondité. Mais depuis l'entrée en vigueur, en 1993, de la loi interdisant l'interruption volontaire de grossesse (sauf quelques cas précis comme l'inceste, le viol, ou la malformation du fœtus...), le nombre d'interruptions volontaires légales a diminué. Consécutivement, celui des avortements clandestins n'a cessé de croître et les abandons dès la naissance des nouveau-nés dans les hôpitaux également. Cette mesure n'a donc pas abouti à l'objectif escompté, à savoir un accroissement de la fécondité.

En Roumanie, à l'époque de Ceaucescu, dans le but d'accroître la fécondité, une politique a été mise en place, basée essentiellement sur une interdiction de l'avortement (pourtant couramment pratiqué) et un contrôle de la fécondité des femmes. Cette politique a eu aussi pour effet un important développement des avortements clandestins avec nombre de conséquences néfastes sur la santé des femmes, mais aussi des abandons d'enfants dans des orphelinats. La mortalité maternelle a durant ces périodes de restrictions de l'avortement connu une augmentation due à l'augmentation des avortements clandestins (Johnson, Horga and Andronache, 1996).

Dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne, les législations relatives à l'avortement restent très restrictives et « émanent le plus souvent d'une législation ancienne réminiscence d'un passé colonial désormais révolu. Il s'agit notamment de la loi britannique de 1861 sur les délits contre la personne et de la loi française de 1920 » (Fédération internationale pour la planification familiale en Afrique, 1994). Seuls quelques pays les ont modifiées dans le sens de la libéralisation mais malgré cela, la pratique illégale de l'avortement reste très courante : en Afrique, l'accès ne se pratique à la demande que dans trois pays, l'Afrique du Sud, la Tunisie et le Cap-vert (Guillaume, 2000). Lors de la conférence sur « les avortements à risque et la planification familiale post-abortion » qui s'est tenue à Maurice en 1994, l'étendue de ce problème a été soulignée par différents pays. Ces différents exemples révèlent les difficultés d'accès à la planification familiale, et les risques encourus par les femmes

qui, même lorsqu'elles ne sont pas dépourvues d'informations, sont insuffisamment prises en charge par le système de santé de leur pays. L'avortement illégal est donc bien « une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelle et pose un problème de santé publique d'une importance croissante » (Fédération internationale pour la planification familiale en Afrique, 1994). En Afrique 13 % des décès maternels sont dus à des avortements à risques (World Health Organisation et *al.*, 1998).

Ceci dit, dans certains pays où l'avortement a été légalisé, les conditions sociales et sanitaires ne permettent pas toujours un libre accès à l'avortement, et peuvent même conduire à des situations d'illégalité. Par exemple, en Inde où l'avortement a été légalisé en 1972 (Khan et *al.*, 1993), une large proportion des avortements reste toujours illégale car souvent réalisés hors du cadre des cliniques habilitées par l'État (l'accord de deux médecins est nécessaire, et seulement 10 % des cliniques seraient autorisées à pratiquer l'acte en zone rurale). Autre exemple, en Zambie où l'avortement est légal si la santé mentale de la femme est menacée, un psychiatre doit donner son avis (Koster-Oyekan 1998). En Côte d'Ivoire, en cas d'avortement pour protéger la vie de la mère, il est nécessaire d'avoir l'accord de deux médecins assermentés par la justice. Des raisons d'ordre culturel s'ajoutent aux précédentes, notamment le désir de confidentialité et la désapprobation sociale de cet acte à l'égard des adolescentes et des célibataires.

Ces quelques illustrations concernant différents pays montrent la diversité des situations par rapport à l'avortement et l'enjeu politique et sanitaire qu'il représente pour les gouvernements (libéralisation, répression, obstruction). Dans un contexte mondial où l'on prône le droit reproductif, il convient de s'interroger sur la capacité des États à modifier leurs politiques sanitaire et familiale pour gérer les problèmes relatifs à l'avortement : en 1999, l'avortement est pratiqué à la demande de la femme dans 65 % des pays développés et 14 % des pays en développement (United Nations and Population division, 2001-2002).

À l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994, où la plupart des États ont accepté la notion de « droit reproductif », certains gouvernements ont émis des réserves sur les déclarations relatives à l'avortement. Se référant à la doctrine du Saint-Siège ou à la charia islamique, nombre d'entre eux ont posé la question du statut de l'embryon et ont refusé d'adhérer aux déclarations sur la pratique de l'avortement. Ainsi, la délégation salvadorienne a déclaré que « s'agissant des droits et de la santé en matière de reproduction et de planification familiale, nous souhaitons, tout comme les autres pays d'Amérique Latine, émettre des réserves : l'avortement ne saurait en aucun cas, ni en tant que service, ni en tant que méthode de régulation des naissances, faire partie de ces notions » (Nations unies, 1994). Le Nicaragua a accepté, quant à lui, la notion de planification familiale sous réserve qu'elle n'inclut pas l'avortement. Enfin, pour le Paraguay « l'interruption de grossesse ayant été incluse dans la notion de régulation des naissances, dans la définition proposée par l'OMS au cours de la conférence, cette notion devient inacceptable. Cette position n'empêche pas la reconnaissance, dans la

constitution, de la nécessité d'œuvrer à la santé de la population en matière de reproduction afin d'améliorer la qualité de la vie familiale » (Nations unies, 1994).

Le Vatican dans ses déclarations a également émis certaines oppositions concernant l'avortement en affirmant que « la vie humaine commence au moment de la conception, (...) et qu'elle doit être défendue et protégée ». Le Vatican ne peut, par conséquent, accepter l'avortement ou les politiques qui le favorisent (Nations unies, 1994).

Différents pays islamistes ont aussi exprimé des réserves sur ces déclarations jugées non conformes à la charia. Par exemple, la délégation des Émirats Arabes Unis a déclaré ne pas considérer « l'avortement comme une méthode de planification familiale » (Nations unies, 1994). La délégation de la Jamahiriya arabe libyenne n'approuve pas le choix des expressions employées dans le document (en particulier le terme de « comportement sexuel ») et s'oppose à la façon dont sont traitées les questions relatives à l'activité sexuelle extraconjugale (Nations unies, 1994). Quant à la délégation yéménite, elle mentionne que certaines formulations sur les droits et la santé de la reproduction sont en contradiction avec leurs convictions religieuses. Elle déclare notamment que « dans la charia islamique, certaines dispositions précises concernent déjà l'avortement et le moment auquel il doit être pratiqué ». Elle s'oppose donc au passage du document qui fait allusion à « l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité » et émet des réserves sur l'utilisation de l'expression « comportement sexuel responsable » (Nations unies, 1994).

Pourtant, le document final de la Conférence du Caire, à l'inverse de ceux de Bucarest (1974) ou de Mexico (1984), reconnaît que l'avortement est un aspect des politiques démographiques et, de fait, des soins de santé primaires, même s'il souligne que l'avortement ne doit pas être promu comme un moyen de contraception et appelle les nations à trouver d'autres solutions. Le préambule laisse entendre que le document ne contient pas l'affirmation d'un nouveau droit international à l'avortement (Nations unies, 1994).

Même si l'intégration d'une politique universaliste dans les programmes nationaux est loin d'être effective et si certaines déclarations des pays précités restent très hostiles à l'égard de l'avortement, il faut reconnaître que l'ensemble des objectifs et des mesures adoptés témoigne d'un relatif consensus entre les États membres et d'un progrès sur toutes ces questions en matière de population et de reproduction. Ces avancées politiques vont-elles réellement se traduire par un meilleur accès aux soins, une évolution de la législation et un libre choix dans la gestion de la reproduction ? L'évolution du statut de la femme sera-t-il suffisant pour contribuer à l'amélioration de cette situation ? Les positions politiques et religieuses de certains pays permettront-elles ou même favoriseront-elles ces changements, ou bien seront-elles un frein qui ne fera qu'accentuer les disparités entre pays ?

Conclusion

L'analyse de l'émergence de la notion de « santé de la reproduction » a permis de montrer comment les organismes internationaux et consécutivement les gouvernements ont progressivement modifié leurs perceptions de la reproduction humaine. Le fait d'englober cette question dans une perspective plus large et plus complète de la vie des individus et de considérer l'évolution de leurs besoins au cours de leur cycle de vie a suscité une extension du groupe des « personnes à risque » : au couple mère/enfant, se sont ajoutés les adolescentes, les femmes ménopausées et les hommes. On ne considère plus les individus uniquement à partir d'une fonction biologique ou sociale, mais dans l'intégralité de leur personne et de leur vie, révélant ainsi une autre appréhension de la personne humaine.

D'un point de vue médical, on a vu qu'un plus grand nombre de pathologies est également pris en compte, en plus des problèmes habituels de santé de la mère et de l'enfant : cancers du sein et de l'utérus, maladies sexuellement transmissibles, Sida, traitement de l'infécondité, conséquences des avortements. Cette prise en charge s'associe à un meilleur suivi considérant les différents événements de la vie : par exemple, l'étude de la stérilité par rapport aux antécédents (infections, MST, avortements) qu'une femme a pu avoir. Cette vision plus globale de la santé des personnes a parfois conduit à une restructuration des services et des administrations de la santé. Par exemple, les personnels de santé ont été formés pour exercer de nouvelles activités : ainsi, des sages-femmes d'Afrique subsaharienne ont bénéficié de formation en planification familiale. Mais les systèmes de santé ne sont pas toujours en mesure de gérer les nouvelles situations qui se présentent, comme l'accès aux tri-thérapies dont l'utilisation nécessite une formation du personnel et une meilleure gestion des coûts.

La notion de santé de la reproduction a aussi fait apparaître la nécessité d'une équité entre homme et femme au niveau de la sexualité et de la procréation. La femme n'est plus considérée uniquement à travers son rôle maternel mais aussi en qualité de citoyenne, susceptible de revendiquer des droits. « Le droit à la contraception, avec ce qu'il implique en amont - consentement, droit de choisir son conjoint, droit au divorce réglé par la loi et non simple répudiation, interdiction de donner en mariage des fillettes prépubères, etc. -, celui de disposer de son corps, constitue le levier essentiel » de l'émancipation des femmes (Héritier, 2002). Mais les pouvoirs publics s'inscrivent souvent dans un certain conservatisme face à l'évolution du statut de la femme et des modes d'organisation socio-familiale. Cette situation fait apparaître l'écart qui existe entre les recommandations relatives à la santé de la reproduction et les politiques mises en place. On sait que les interventions en matière de santé sont parfois davantage conditionnées par des décisions politiques que par des impératifs sanitaires.

Par exemple, dans le cas de la planification familiale et du dépistage du Sida, elles ne correspondent pas toujours à une demande sociale mais répondent à des exigences de bailleurs de fonds. A quoi correspond alors la notion de « droit reproductif » si elle ne se base que sur des prises de position politiques ? En revanche ces positions politiques permettent aussi d'accompagner le changement social.

La santé de la reproduction qui sous-tend une vision universelle des valeurs et des normes, en référence aux Droits de l'Homme, est parfois considérée par quelques pays du Sud comme le véhicule de valeurs occidentales inadaptées à leurs contextes politiques et religieux. Pourtant ce concept de « santé de la reproduction » permet d'aborder la santé d'une manière globale⁶. D'un point de vue politique, il engage les États et les organismes internationaux à prendre des positions lors des conférences internationales ; il révèle la manière dont les gouvernements s'approprient ces recommandations et définissent leurs politiques de population et de santé. D'un point de vue médical, il permet la prise en compte d'un large spectre de pathologies. D'un point de vue juridique il fait valoir les compatibilités et les disjonctions entre le droit dit « coutumier » et le droit moderne. Enfin, d'un point de vue éthique, il conduit à une prise en compte individuelle de la personne et intègre les notions de responsabilité et de citoyenneté.

⁶ En 2001, un débat a vu le jour en France à propos du terme de "santé de la reproduction" dans la perspective de le remplacer par celui de "santé de la procréation", considérant l'usage du terme de "reproduction" comme un néologisme du français par rapport à la langue anglaise. Cette nouvelle appellation a été proposée par la délégation à la langue française du ministère de la santé à l'Académie de Médecine puis à l'Académie française. Aucun texte officiel ne permet aujourd'hui de savoir si les deux termes englobent les mêmes champs.

Bibliographie

- ADJAMAGBO A. et GUILLAUME A., 2001 - "Relations de genre et santé de la reproduction en milieu rural ivoirien". *Autrepart*, 19 : 11-27.
- ANKRAH M., 1994 - The impact of HIV/Aids on the family and other significant relationships. The African can revisited, in R. Bor, J. Elford (éds). *The Family and HIV*, London, Cassel.
- BAJOS N. et GUILLAUME A., 2002 - "Reproductive health: Contraceptive practices and use of abortion among adolescents and young adults in Europe (Item IIId.i)". European Population Committee (CAHP), Strasbourg, 63 p. + graph.
- BARNETT T. et BLAIEKIE P., 1992 - AIDS in Africa. Its present and future impact, Belhaven Press, London, 193 p.
- BARZELATTO J., 1992 - «Establishment and development of the program - Continuity and change : the years 1984-1989» in Khanna J., Van Look P.F.A and Griffin P.D. (éds). Reproductive health : a key to a brighter future, Biennial report 1990-1991, Special 20th anniversary issue, World Health Organisation, Geneva : 60-65.
- BLIBOLO A.D., 1996 - «La prise en charge de l'infection à VIH/Sida dans des structures étatiques de soins en Côte d'Ivoire : évolutions et difficultés générales». Communication au colloque *Sciences sociales et sida en Afrique, Bilan et perspectives*. Sally Portudal, novembre, CODESRIA, CNLS, ORSTOM, Dakar, vol. 2 : 593-604.
- BONNET D., 1996 - Introduction au numéro spécial, La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement social ? *Sciences sociales et santé*, vol. 14 (1) : 5-16.
- COLLIGNON R., GRUENAISS M.-E. et VIDAL L., 1994 - «L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique». *Psychopathologie africaine*, vol. XXVI (2) : 149-291.
- EZEH A., SEROUSSI M. et RAGGERS H., 1996 - Men's Fertility, Contraceptive use and reproductive preferences. *Demographic and Health surveys, Comparative Studies*, n° 18, Macro International, Maryland.
- FATHALLA M.F., 1992 - «Reproductive health in the World : two decades of progress and the challenge ahead» in Khanna J., Van Look P.F.A and Griffin P.D. (éds). Reproductive health : a key to a brighter future, Biennial report 1990-1991, Special 20th anniversary issue, World Health Organisation, Geneva : 3-31.
- FATHALLA M.F., 1997 - From obstetrics and gynecology to women's health, The road ahead. The Partenon publishing group, 290 p.
- FEDERATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE, 1994 - La conférence de Maurice : les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, Maurice, 38 p.
- GAUTIER A., 2000 - «Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ?». *Autrepart*, 15, Automne : 167-180.
- GAUTIER A. et QUESNEL A., 1993 - Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique). Éditions de l'ORSTOM, Paris.
- GAUTIER A., 1996 - «Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ?» in *Le genre des droits*. Athènes, Diotima.
- GIAMI A., 2002 - Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of sex research*, vol. XIII : 1-35.

- GRUENAI M.-E., 1995 - «Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo» in Dozon J.-P. et Vidal L. (éds). Les sciences sociales face au sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien. GIDIS-CI/ORSTOM. Comité sciences sociales et sida, Éditions de l'ORSTOM, Bingerville, Côte d'Ivoire : 167-173.
- GUILLAUME A., 1999 - Planification familiale et pratique de l'avortement : une étude dans quatre FSU-Com d'Abidjan. Rapport d'enquête. Abidjan, ENSEA-IRD, 59.
- GUILLAUME A., KASSI N. et KOFFI N., 1997 - «Morbidity, therapeutic behaviours and mortality in Sassandra» in Guillaume A., Ibo J. et Koffi N. (éds.). Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-ouest de la Côte d'Ivoire). ENSEA, ORSTOM, GIDIS, Paris : 287-310.
- GUILLAUME A., 2000 - "L'avortement en Afrique mode de contrôle des naissances et problème de santé publique". *La Chronique du CEPED*, n° 37 : 4.
- HERITIER F., 2002 - Masculin/féminin II. Dissoudre la hiérarchie. Ed. Odile Jacob, Paris, 443 p.
- HERITIER F., 1999 - Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin. in Beaulieu E.E., Héritier F. et Leridon H. *Contraception : contraintes ou liberté ?* Ed. Odile Jacob, Paris : 37-52.
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. et al., 2002 - Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique, Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'ouest, UNICEF-Coopération française, multigr., 289 p.
- JOHNSON B., HORGHA M. and ANDRONACHE L., 1996 - "Women's perspective on abortion in Romania". *Social Science and Medicine*, 42 (4) : 512-530.
- KESSLER A., 1992 - «Establishment and development of the program - Establishment and early development of the programme» in Khanna J., Van Look P.F.A. and Griffin P.D. (éds.). Reproductive health : a key to a brighter future, Biennial report 1990-1991, Special 20th anniversary issue, World Health Organization, Geneva : 43-59.
- KHAN M.E., PATEL B.C. et CHANDRASEKHAR R., 1994 - «Abortions acceptors in India. Observations from a prospective study». Congrès de l'UIESSP, Montréal : 253-267.
- KOSTER-OYEKAN W., 1998 - "Why resort to illegal abortion in Zambia ? Findings of a community-based study in western province". *Social Science and Medicine*, 46 (10) : 1303-1312.
- KOTOKOU K., 1994 - Les facteurs d'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé. in Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou B., (éds.). Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique, Colloques et séminaires, ORSTOM, Paris : 251-266.
- LE PALEC A., 1994 - «Bamako, taire le sida» in Collignon R., Gruénais M.-E. et Vidal L. L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. *Psychopathologie africaine*, vol. XXVI, n° 2 : 211-234.
- LERNER S., QUESNEL A. et SAMUEL O., 1997 - Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain. *Document de recherche*, ORSTOM, Paris, n° 4, 29 p.
- LOCOH T., 1998 - Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique. *Population*, novembre-décembre, n° 6 : 1227-1239.
- MCLAREN A., 1990 - A history of contraception. From antiquity to the present day. Blackwell. Oxford UK and Cambridge USA, 275 p.
- NATIONS UNIES, 1994 - «Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement». Le Caire, 5-13 septembre, 138 p.
- NATIONS UNIES, 1995 - «Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes». Beijing, 4-15 septembre, 212 p.

- OUEDRAOGO C., 1994 - Éducation de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou. *Les Dossiers du CEPED*, Paris, n° 27, 37 p.
- ROGER PETIT-JEAN M., 1999. - «Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain africain». in Adjamagbo A., Guillaume A. et Koffi N. (éds.). *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. IRD Éditions, Paris : 17-36.
- TAVERNE B., 1996 - «Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso». *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n° 2 : 87-104.
- TIEFER L., 2002 - «The Emerging Global Discourse of Sexual Rights». *Journal of Sex and Marital Therapy*, Brunner Routledge, 28 : 439-444.
- TURMEN T., 1996 - «Reproductive health. More than biomedical interventions». *Integration*, spring : 32-36.
- UNITED NATIONS, POPULATION DIVISION, 2001-2002 - Abortion Policies. A global review. New York, United Nations.
- VELLA S., 2003 - «Éthique et pratiques reproductives : les techniques de sélection sexuelle en Inde». *Autrepart*, numéro spécial, L'éthique médicale dans les pays en développement (éditeur scientifique : Doris Bonnet), éd. De l'Aube, novembre, 28 : 147-163.

La sexualité et les modes de régulation de la fécondité

Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine

Michel Bozon
Véronique Hertrich

Toutes les sociétés, à toutes les époques, ont cherché à contrôler l'initiation sexuelle qui représente un moment important de la reproduction sociale et de la construction des identités de genre. Très différents pour les deux sexes, les modèles de référence diffèrent selon les cultures. Traditionnellement, dans la plupart des sociétés, l'initiation sexuelle féminine a été identifiée à l'entrée en union, cependant que la sexualité et la vie conjugale masculines étaient pensées comme appartenant à deux sphères différentes. Avec le recul de l'entrée en union, observé dans de nombreux pays en développement au cours des dernières décennies (Hertrich et Locoh, 1999), la vie préconjugale des femmes s'est allongée, conduisant bien souvent à une dissociation croissante entre initiation sexuelle et premier mariage. Les recherches sur la sexualité adolescente se sont alors développées, principalement dans une perspective de santé reproductive (Bledsoe et Cohen, 1993 ; Delaunay, 1994 ; Westoff et *al.*, 1994) qui envisage les éléments de risque présents dans les comportements sexuels : les risques de grossesses précoces, et les risques de contamination par le VIH. Mais la sexualité des jeunes peut aussi être étudiée pour aborder, dans une perspective plus sociologique, l'évolution des rapports de genre et du contrôle social de la jeunesse. C'est le point de vue que nous avons adopté ici¹.

Nous utilisons les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS/DHS) réalisées auprès d'un double échantillon d'hommes et de femmes, entre 1994 et 1998. 15 pays d'Afrique² ont ainsi été retenus, ainsi que 5 pays d'Amérique latine³ introduits dans une perspective comparative. La référence à l'Amérique latine permettra de mettre en valeur les spécificités africaines et de discuter de leurs transformations, en les comparant aux modèles et évolutions suivis par une autre partie du monde en développement où la transition de la fécondité est à un stade plus avancé (de 2,3

¹ Ce travail est extrait d'une communication présentée au Colloque international « Genre, population et développement en Afrique » qui s'est tenu à Abidjan (Côte d'Ivoire), du 16 au 21 juillet 2001 (Bozon et Hertrich, 2001).

² Bénin (1996), Cameroun (1998), Ghana (1998), Kenya (1998), Mali (1995), Mozambique (1997), Niger (1997), Ouganda (1995), République Centrafricaine (1994), Sénégal (1997), Tanzanie (1996), Tchad (1997), Togo (1998), Zambie (1996) et Zimbabwe (1994).

³ Bolivie (1997), Brésil (1996), Haïti (1994), Nicaragua (1997) et Pérou (1996).

enfants par femme au Brésil à 4,8 en Haïti). Plus généralement la démarche comparative oblige à la mise en perspective historique et sociologique : aucune situation, aucune évolution, aucun état des rapports de genre ne peuvent être considérés comme allant de soi.

L'analyse porte principalement sur l'âge aux premiers rapports sexuels déclaré par les enquêtés. L'évaluation de la qualité de cet indicateur, qui a été effectuée dans un travail préalable (Bozon et Hertrich., 2001), ne révèle pas de distorsions majeures interdisant son utilisation dans une perspective longitudinale.

Notre objectif, en étudiant les premiers rapports sexuels (calendrier de l'initiation sexuelle, lien entre premiers rapports et première union) dans un ensemble aussi diversifié de pays, est de proposer des hypothèses sur l'organisation sociale de la sexualité juvénile. À cette fin, des comparaisons systématiques sont menées entre hommes et femmes, entre générations et entre pays. Plusieurs questions sont abordées. Peut-on mettre en évidence une diversification et une individualisation des formes d'entrée dans la vie sexuelle, en lien ou non avec la transition démographique ? Est-ce qu'au fil des générations le double standard de genre fait place à un rapprochement des trajectoires des hommes et des femmes ? La comparaison entre Afrique et Amérique latine permet-elle de mettre en relief des modes de contrôle social de la sexualité féminine (et masculine) différents d'un continent à l'autre, voire d'un groupe de pays à l'autre ?

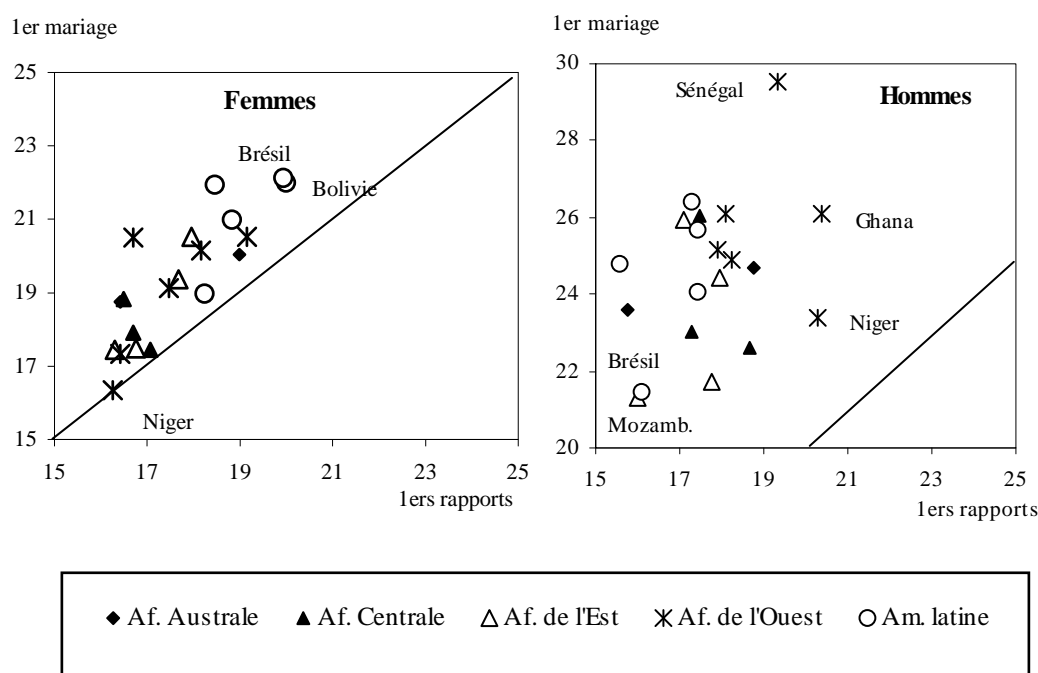
Initiation sexuelle et premier mariage : des contrastes entre sexes qui dépassent les différences régionales

Une mise en correspondance des âges médians aux premiers rapports sexuels et au premier mariage des hommes et des femmes permet de brosser un tableau d'ensemble sur les schémas de l'initiation sexuelle dans les 20 pays traités (figures 1 et 2). Les indicateurs ont été calculés à partir des données du moment, en utilisant la réponse à la question « Avez-vous eu des rapports sexuels ? ». Ils rendent compte des comportements actuels, prévalant au moment des enquêtes.

Chez les femmes, le calendrier d'entrée en sexualité est clairement corrélé avec le calendrier d'entrée en union. C'est dans les pays où le mariage est le plus précoce que l'initiation sexuelle se fait aux âges les plus jeunes et, à l'opposé, dans ceux où l'on se marie le plus tard que l'âge médian aux premiers rapports sexuels est le plus élevé. L'écart entre les deux événements est d'autant plus important que les calendriers sont tardifs. Au Niger où ils sont les plus précoces (16,3 ans), les deux événements

coïncident ; dans les pays d'Amérique du Sud où la nuptialité est tardive (22 ans), le premier mariage a lieu plus de 2 ans après les premiers rapports sexuels.

Figure 1. Âge médian au premier mariage et âge médian aux premiers rapports sexuels, hommes et femmes (indicateurs calculés d'après les données du moment).



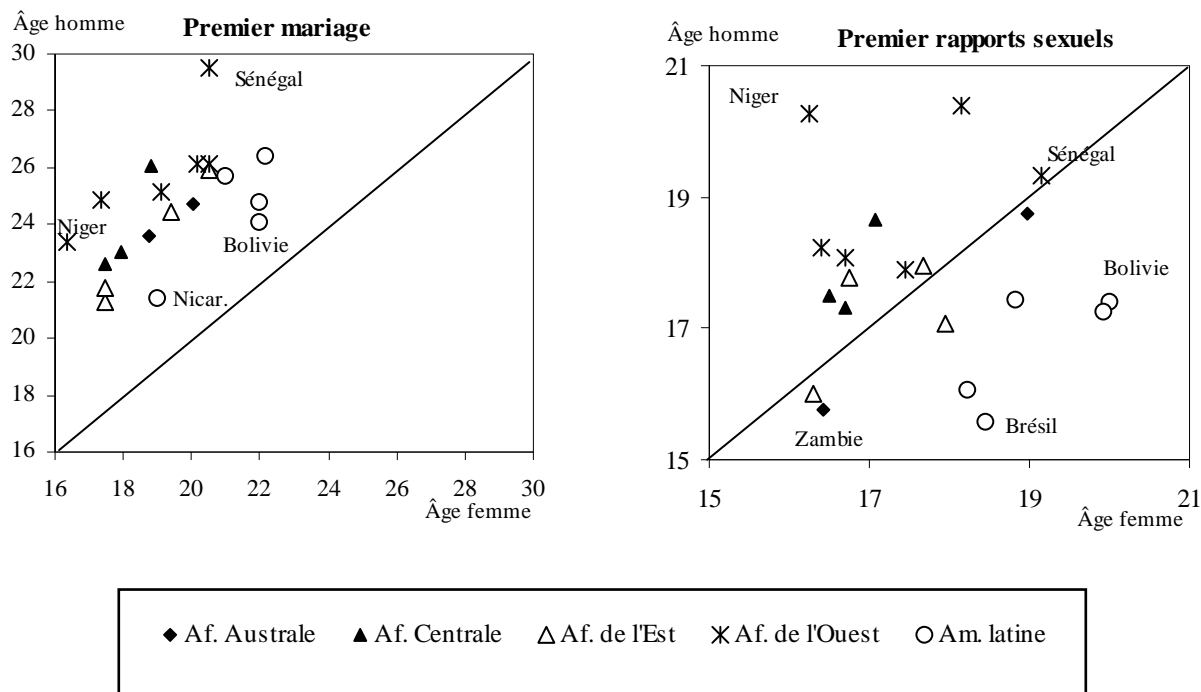
Lecture : Les droites représentent les situations où l'âge médian au premier mariage est égal à l'âge médian aux premiers rapports sexuels. Plus la distance à la diagonale est élevée, plus l'écart entre l'initiation sexuelle et le premier mariage est important.

En revanche, chez les hommes, premier mariage et initiation sexuelle sont des événements relativement éloignés dans le temps. Aucune corrélation claire ne se dessine entre les deux calendriers.

Des contrastes très nets se dessinent ainsi entre les sexes dans l'articulation de l'initiation sexuelle et du premier mariage. L'organisation sociale de la sexualité et de la nuptialité féminines relève d'une seule et même logique, alors que ces expériences s'inscrivent dans des registres différents chez les hommes. *Ce contraste entre les sexes s'observe dans les deux continents.*

La comparaison entre sexes des âges médians aux premiers rapports sexuels d'une part, au premier mariage d'autre part (figure 2), est un autre moyen d'identifier la structuration des rapports sociaux de sexe au début de la vie adulte.

Figure 2. Corrélation entre les indicateurs masculins et féminins d'entrée en sexualité et d'entrée en union. Age médian au premier mariage et âge médian aux premiers rapports sexuels déduits des données du moment.



Lecture : les pays où l'âge médian de l'homme à l'événement (premier rapport ou premier mariage) est supérieur à celui de la femme sont situés à gauche de la diagonale, ceux où il est inférieur sont sur la droite, les situations où il n'y a pas de différence entre les deux sexes sont localisées sur la diagonale. Plus la distance à la diagonale est élevée, plus l'écart d'âges est important.

Le schéma est clair pour l'entrée en union : l'âge au mariage des hommes est d'autant plus tardif que celui de la femme est élevé. La diagonale correspondant à des calendriers identiques pour les deux sexes marque comme une ligne infranchissable. Même si les pays d'Amérique latine en sont plus proches que ceux d'Afrique, il est clair que partout la situation égalitaire est évitée. *Le maintien d'un écart d'âges au mariage entre les sexes fait partie des modèles de genre dont la reproduction est assurée sans faille dans tous les pays.*

En revanche, *il n'apparaît pas de schéma univoque dans l'articulation des calendriers d'initiation sexuelle des hommes et des femmes.* Aucun alignement ne s'affiche cette fois entre les pays et les écarts entre les sexes couvrent une gamme très large de situations. Les pays se distribuent de part et d'autre de la ligne d'équivalence selon un schéma qui recoupe en grande partie leur appartenance géographique. À droite de la diagonale, se situent les pays d'Amérique latine où les hommes entrent sur le marché sexuel bien avant les femmes ; à gauche les pays d'Afrique occidentale, qui présentent

la situation inverse ; à cheval sur les deux modèles, les pays d'Afrique orientale, australe et centrale.

La mise en correspondance des calendriers d'entrée en sexualité et d'entrée en union met ainsi en évidence des régularités qui révèlent, par delà les continents, des invariants dans l'organisation de la sexualité et du mariage des jeunes hommes et des jeunes femmes. En Afrique comme en Amérique latine, le décalage entre les âges au premier mariage des femmes et celui des hommes d'une part et, d'autre part, l'articulation de l'initiation sexuelle des femmes à celle de leur première union, sont de règle. L'initiation sexuelle masculine présente, en revanche, des schémas plus diversifiés, avec des contrastes régionaux marqués.

Si des points de similarité s'observent entre pays dans l'organisation générale de la sexualité des jeunes, qu'en est-il de l'évolution de ces comportements au fil des générations ? Une même tendance s'impose-t-elle dans les différents pays ? Y a-t-il convergence ou au contraire diversification des calendriers d'entrée en sexualité ? Dans quelle mesure, les différences instituées entre sexes sont-elles remises en question ?

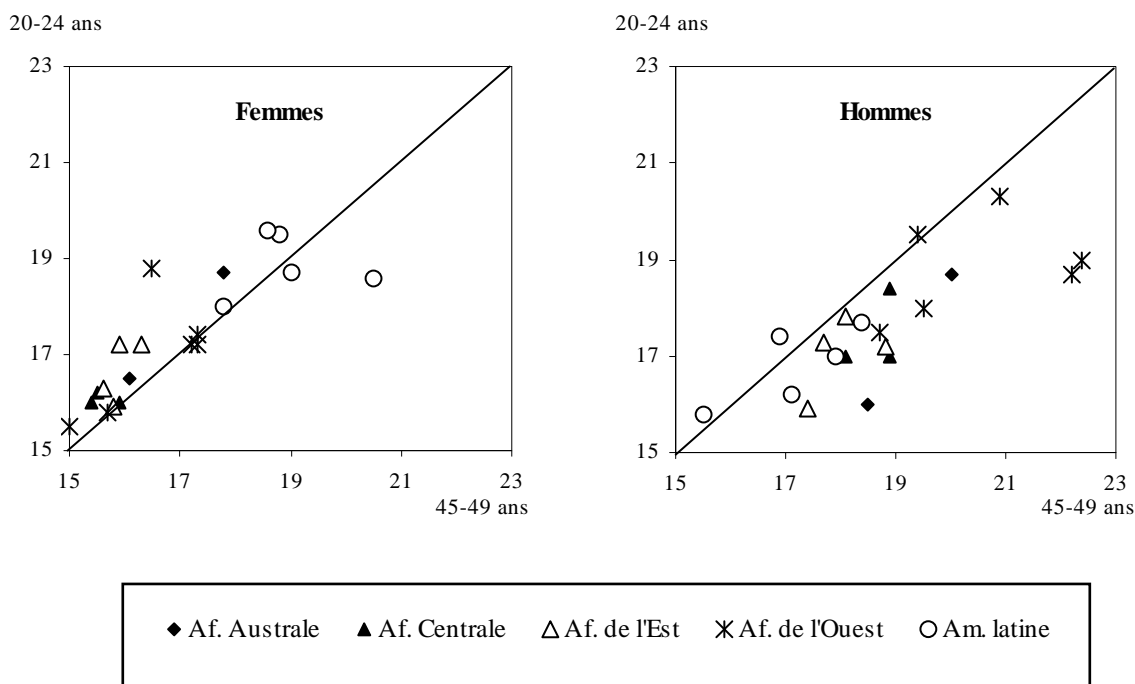
L'âge aux premiers rapports sexuels en Afrique : plus tardif chez les femmes, plus précoce chez les hommes

Pour apprécier les tendances du calendrier de l'initiation sexuelle, la figure 3 et le tableau 1 comparent l'âge médian aux premiers rapports des enquêtés âgés de 20 à 24 ans (générations nées vers 1975) à celui des générations âgées de 45 à 49 ans (nées vers 1950) au moment de l'enquête⁴.

L'évolution est la même dans les différents pays africains, caractérisée par une baisse de l'âge au premier rapport sexuel des hommes et un léger report de l'initiation sexuelle des femmes. Entre les générations les plus anciennes et les plus jeunes, les conditions d'entrée en sexualité se sont modifiées dans la plupart des pays, conduisant à un remodelage, parfois spectaculaire, du schéma des écarts entre sexes.

⁴ L'évolution, relativement régulière, de l'âge médian aux premiers rapports sexuels au fil des générations justifie que l'on se limite ici à une comparaison entre générations extrêmes. On se reportera à la communication dont ce texte est extrait (Bozon et Hertrich, 2001) pour une présentation plus détaillée des tendances.

Figure 3. Évolution de l'âge médian aux premiers rapports sexuels. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête.



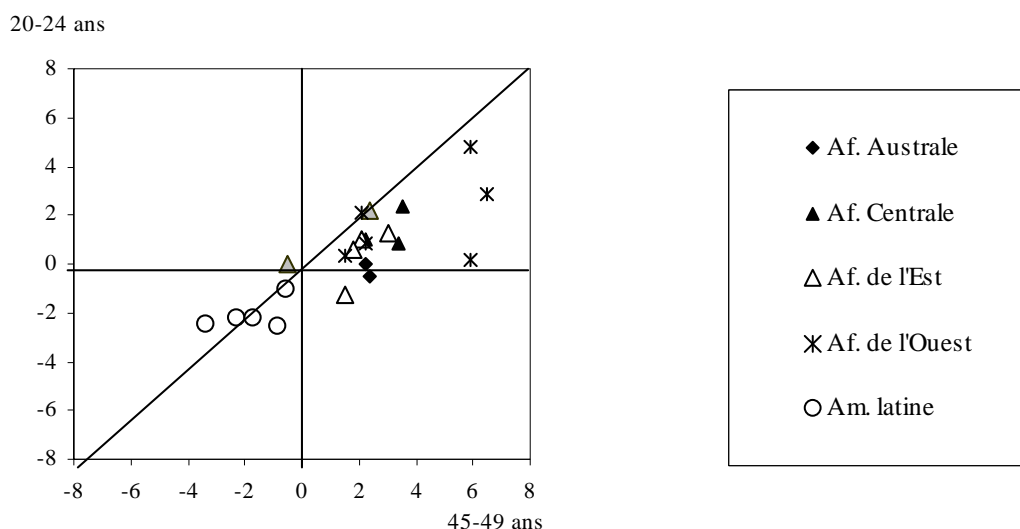
Lecture : Les pays où l'âge médian aux premiers rapports sexuels a diminué sont situés à droite de la diagonale, ceux où il a reculé sur la gauche, les situations de stabilité sont localisées sur la diagonale. Plus la distance à la diagonale est élevée, plus l'évolution a été importante.

Dans les générations anciennes, l'initiation sexuelle des femmes a lieu tôt et surtout sensiblement plus tôt que celle des hommes. Les âges médians au premier rapport sont toujours inférieurs à 18 ans et ne dépassent pas 16 ans dans la moitié des 15 pays considérés. Pour les hommes, la situation est très différente, avec un calendrier sensiblement plus tardif et une dispersion assez forte entre pays : l'âge médian dépasse 19 ans dans la moitié des pays, avec une plage de variation allant de 17,5 ans à 22,5 ans. Vingt-cinq ans plus tard, l'âge auquel les femmes débutent leur vie sexuelle s'est élevé d'au moins 0,5 an dans huit pays et n'a baissé dans aucun. Dans le même temps, l'initiation sexuelle masculine a connu un rajeunissement important, supérieur à 1 an dans deux pays sur trois. Deux pays seulement (contre six pour les générations anciennes) ont encore un âge médian aux premiers rapports sexuels dépassant 19 ans. *Le phénomène le plus spectaculaire est cependant la réduction de l'écart des âges des hommes et des femmes à l'initiation sexuelle*, supérieure à 1 an dans tous les pays (à l'exception du Ghana). Cet écart est désormais inférieur à 2 ans dans 11 des 15 pays (contre 3 pays 25 ans plus tôt). Dans deux pays, l'initiation sexuelle masculine devient

même plus précoce que celle des femmes (Kenya et Zambie), phénomène qui était jusque-là totalement inédit en Afrique (figure 4). Ce rapprochement entre les sexes recouvre cependant des réalités très diverses.

En Amérique latine, le calendrier d'entrée dans la sexualité est beaucoup plus tardif qu'en Afrique pour les femmes et beaucoup plus précoce pour les hommes. Par une sorte de chassé-croisé, les femmes latino-américaines commencent leur vie sexuelle au même âge que les hommes africains des anciennes générations, cependant que le calendrier des hommes latino-américains se rapproche de celui des Africaines. L'âge à l'initiation sexuelle a évolué de façon contrastée selon les pays, avec une ampleur bien plus faible qu'en Afrique. Globalement la situation a peu évolué. L'écart entre les sexes ne s'est pas resserré et s'établit toujours en sens opposé à celui que l'on observe en Afrique. Dans aucun pays latino-américain, les femmes ne sont devenues plus précoces que les hommes.

Figure 4. Évolution de l'écart entre sexes de l'âge médian aux premiers rapports sexuels. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête.



Lecture : les pays où l'écart entre sexes de l'âge médian aux premiers rapports sexuels a diminué sont situés à droite de la diagonale, ceux où il a diminué sont sur la gauche, les situations de stabilité sont localisées sur la diagonale. Plus la distance à la diagonale est élevée, plus l'évolution est importante.

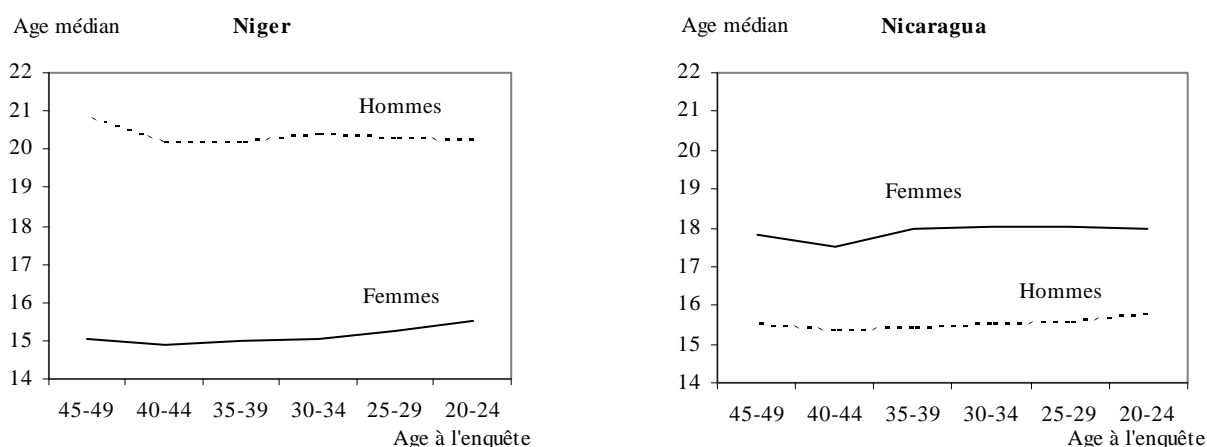
Cette présentation résumée a pour inconvénient de gommer la diversité des évolutions singulières, qui peuvent être lentes ou rapides, et qui, selon les cas, rapprochent les hommes et les femmes ou maintiennent inchangées les distances entre eux. L'examen détaillé de quelques pays donne un aperçu de cette diversité.

Calendrier des premiers rapports sexuels : examen de quelques pays aux évolutions contrastées

Niger et Nicaragua : des modèles inversés et stables

Un exemple de stabilité est fourni par le Niger, pour l'Afrique, et par le Nicaragua, pour l'Amérique latine, qui de manière inversée illustrent les versions les plus traditionnelles de l'organisation sociale de la sexualité juvénile (figure 5). Au Niger, on peut dire que les femmes sont « mises au travail reproductif » aussitôt après la puberté, alors que les hommes sont tenus d'attendre ; dans cette forme d'organisation sociale, l'homme n'entre dans l'activité sexuelle que lorsqu'il a la capacité sociale d'être un mari, c'est-à-dire beaucoup plus tard qu'une femme. Il en découle donc des écarts d'âge très élevés, non seulement au mariage, mais également à l'initiation sexuelle. Au Nicaragua, c'est l'inverse : pression de la génération adulte et pression du groupe des pairs se conjuguent pour que les hommes acquièrent dès que possible une expérience et un savoir-faire sexuels, dont les femmes qu'ils épouseront devront être à l'inverse dépourvues. Dans le « machisme » latino-américain, héritier des traditions d'honneur des pays méditerranéens, la valeur des femmes est liée au fait qu'elles préservent leur virginité pendant leur adolescence ; une entrée précoce dans la vie sexuelle fait au contraire s'effondrer leur valeur sociale.

Figure 5. Âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, selon le groupe d'âges à l'enquête, Niger et Nicaragua.



Cameroun, Brésil et Kenya : évolution de l'âge à l'initiation sexuelle, avec une inégale remise en question des écarts entre sexes

La signification des évolutions est beaucoup plus difficile à interpréter dans les pays où les comportements se transforment (figure 6). Au Cameroun par exemple, le point de départ des changements est comparable pour les femmes à celui du Niger, alors que les hommes, même s'ils sont nettement plus tardifs que ces dernières, connaissent déjà en début de période une forme d'initiation sexuelle pré-conjugale. Mais, à la différence du Niger, l'âge d'entrée en sexualité des hommes baisse considérablement au Cameroun et conduit, conjointement à une augmentation modérée de celui des femmes, à une convergence des âges à l'initiation des deux sexes (on passe de 3,4 années d'écart à 0,8). Dans le cas du Brésil, caractérisé en début de période par un calendrier d'initiation très tardif des femmes, lié à une stratégie de préservation de leur virginité, la forte baisse de leur âge au premier rapport (2 ans en 25 ans) les rapproche des hommes, mais sans que le double standard de genre ne semble fortement ébranlé, dans la mesure où les hommes deviennent aussi plus précoces. Les changements en cours au Kenya (figure 7) suscitent l'interrogation, dans la mesure où il s'agit du seul exemple de pays (avec la Zambie à un moindre degré) passant d'un modèle se rapprochant du standard africain (femmes plus jeunes à l'initiation mais seulement d'1,5 an) à un modèle qui ressemble formellement à celui des pays latino-américains (initiation très précoce des hommes, et âge des femmes au premier rapport plus élevé et en augmentation). On peut en particulier se demander si cette évolution est destinée à se répandre en Afrique, du moins dans certaines régions du continent (Afrique de l'Est).

L'examen du calendrier des premiers rapports sexuels et de son évolution ne permet pas à lui tout seul de dire si, fondamentalement, la sexualité juvénile se modifie. Ainsi une entrée plus précoce des femmes dans la vie sexuelle, si elle s'accompagne également d'un âge plus précoce au mariage, n'indique pas que la sexualité juvénile devienne plus autonome. En revanche, un calendrier plus tardif de primo-nuptialité, accompagné d'une entrée dans la sexualité retardée, signifie généralement un progrès de l'autonomie féminine, dans la mesure où le poids de l'obligation sociale de procréer se relâche quelque peu, quand bien même cette évolution ne fait pas émerger une période de sexualité pré-conjugale spécifique. Pour pouvoir conclure à un véritable changement dans les trajectoires sexuelles des femmes et des hommes, ou à de nouveaux modes de contrôle de la sexualité juvénile ou de la sexualité féminine (aussi bien au plan des rapports entre générations qu'au plan des rapports entre hommes et femmes), il est nécessaire d'examiner, parallèlement au calendrier, si les liens entre entrée en sexualité et entrée en union se modifient. Lorsque les liens de la sexualité juvénile et de l'entrée en union se distendent, cela peut signifier de profonds changements.

Figure 6. Âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, selon le groupe d'âges à l'enquête, Cameroun et Brésil.

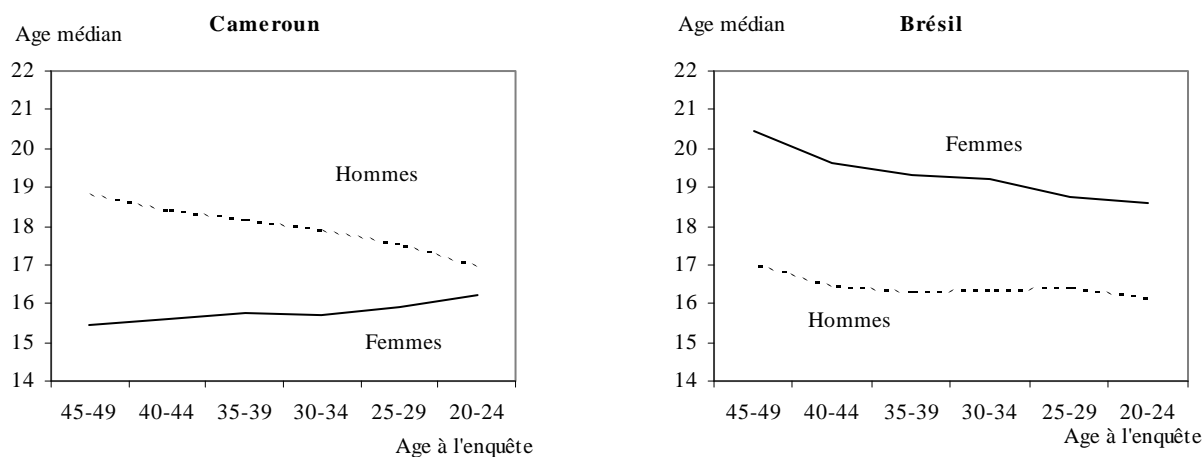
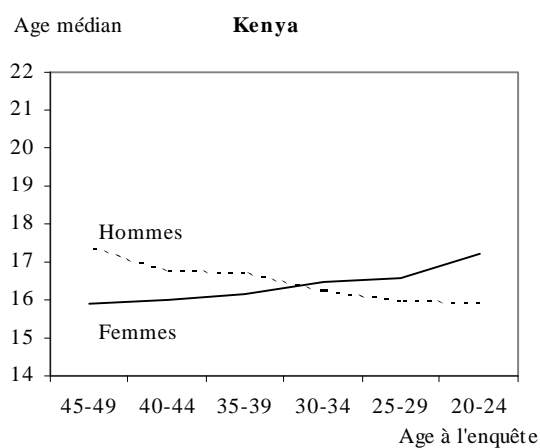


Figure 7. Âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, selon le groupe d'âges à l'enquête, Kenya.



Premiers rapports et première union : la sexualité préconjugale se développe-t-elle ?

Une manière courante de mesurer la force des liens entre sexualité et conjugalité est de comparer âge médian à la première union et âge à l'initiation sexuelle. Les publications faites à partir des enquêtes EDS indiquent ainsi des durées moyennes de la période de sexualité pré-maritale, calculées par différence des âges médians. Dans ce travail, nous avons utilisé un autre indicateur -qui nous semble plus réaliste et surtout plus réactif- pour rendre compte des changements dans les expériences des femmes et des hommes : il s'agit de la proportion, parmi les individus ayant vécu en union, de ceux dont la mise en union s'est effectuée au moins 2 ans après leur premier rapport sexuel (figure 8, tableau 2). Le fait de choisir une durée de 2 ans réduit les risques de confusion de dates, dans la mesure où les premiers rapports relativement proches de la mise en union sont écartés. Lorsque cet indicateur augmente au fil des générations, ou que sa valeur pour les femmes se rapproche de sa valeur pour les hommes, on peut dire qu'il se produit des changements dans la sexualité, même si le calendrier d'entrée dans la sexualité ne se modifie pas⁵.

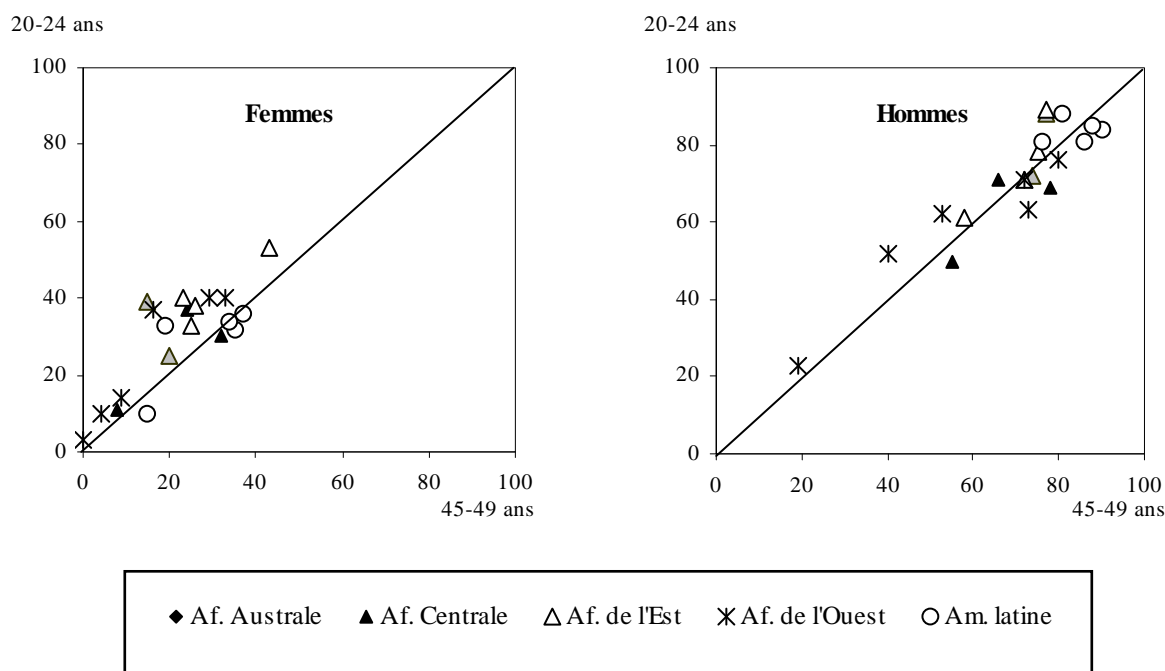
L'expérience féminine de la sexualité pré-conjugale s'est clairement développée en Afrique. Dans la plupart des pays (9 sur 15), un tiers au moins des femmes des jeunes générations ont eu leurs premiers rapports au moins 2 ans avant leur premier mariage alors que cette situation était exceptionnelle (observée au Ghana et au Kenya seulement) 25 ans plus tôt. Les 4 pays de la zone sahélienne (Mali, Niger, Sénégal et Tchad) se distinguent par un niveau beaucoup plus faible de sexualité préconjugale (moins de 15 % des femmes concernées) aussi bien pour les jeunes que pour les anciennes générations. *En Amérique latine, la sexualité préconjugale est restée relativement stable*, et concerne, comme dans la plupart des pays africains, un tiers environ des femmes nées au milieu des années soixante-dix. Le Nicaragua fait exception avec une pratique plus limitée, et en baisse. Seul le Brésil voit augmenter sensiblement la part des femmes expérimentées.

L'indicateur d'expérience pré-conjugale des hommes, en Afrique comme en Amérique latine, change peu d'une génération à l'autre. Les pays de la zone sahélienne se

⁵ Les données dont nous disposons avec les enquêtes EDS ne permettent pas de décrire précisément le contenu de cette période de sexualité pré-conjugale : il peut s'agir de « fiançailles » sexualisées et prolongées avec le ou la futur(e) conjoint(e), mais aussi d'expériences sexuelles ponctuelles, d'une expérience donnant lieu à une grossesse non suivie de mise en union, ou même d'une série de relations non conjugales avec plusieurs partenaires. D'autres types d'études seraient nécessaires pour éclairer la signification, le caractère traditionnel ou au contraire le degré de nouveauté des expériences pré-conjugales dans chaque contexte.

distinguent, comme chez les femmes, par une pratique plus faible (touchant au plus 55 % des hommes nés vers 1950), inversement aux pays d'Amérique latine, où la sexualité préconjugale est quasi-généralisée (plus de 80 % des hommes étant initiés 2 ans au moins avant leur premier mariage), les autres pays africains occupant une position intermédiaire.

Figure 8. Proportion (%) d'hommes et de femmes qui ont vécu, avant leur première union, une période de sexualité pré-conjugale d'au moins deux ans. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête.

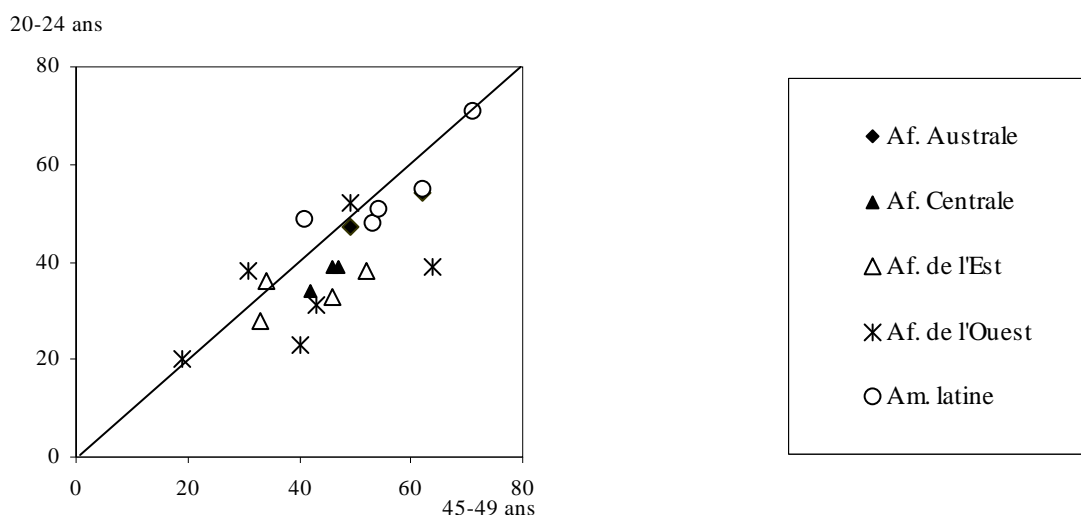


Lecture : les pays où la proportion d'individus ayant vécu une période de sexualité pré-conjugale d'au moins deux ans a augmenté sont situés à gauche de la diagonale, ceux où elle a diminué sont sur la droite. Les situations de stabilité sont localisées sur la diagonale.

La sexualité préconjugale est toujours nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (figure 9, tableau 2). Les évolutions au fil du temps permettent cependant de distinguer assez nettement des pays où un rapprochement s'opère entre les sexes. C'est le cas des trois pays du golfe de Guinée (Bénin, Togo et Ghana), ainsi que de la Zambie, de l'Ouganda et de la Tanzanie. Dans d'autres pays, le double standard d'entrée dans la sexualité n'est pas ébranlé, et les éventuelles fluctuations de l'âge à l'initiation sexuelle n'indiquent pas un véritable changement des comportements : c'est le cas du Mali et du Sénégal, et des pays d'Amérique latine (à l'exception du Brésil). Par ailleurs, au Niger, seuls 23 % des hommes ont eu une expérience pré-conjugale dans la génération jeune : ce très haut niveau de contrôle

social de la sexualité masculine conduit à une proximité paradoxale des situations des hommes et des femmes, mais dans un cadre tout à fait traditionnel. Au Nicaragua, représentant typique dans l'échantillon étudié du « machisme » latino-américain, le très faible niveau d'expérience sexuelle pré-conjugale des femmes (10 %) est à mettre en regard du taux très élevé des hommes (81 %) : il existe dans ce cas une dichotomie institutionnalisée dans la culture sexuelle. Au Brésil, en revanche, où les différences entre hommes et femmes étaient aussi fortes qu'au Nicaragua dans la génération 1950, les comportements féminins se sont peu à peu diversifiés, à l'image des évolutions en matière de sexualité juvénile qui touchent l'Europe du Sud (Bozon, Kontula, 1997). L'exemple du Togo est de son côté un bon exemple africain de rapprochement des expériences féminines et masculines : relativement élevé dans le contexte africain, l'âge des femmes au premier rapport n'a pas bougé de la génération ancienne à la génération jeune (de 17,3 à 17,2 ans), et l'âge des hommes a inversement beaucoup baissé (de 19,5 à 18,0 ans), tandis que les différences d'expérience pré-conjugale se rapprochaient (40 % pour les femmes, en augmentation, et 71 % pour les hommes dans la génération jeune). Quant au Kenya, dont l'évolution « à la latino-américaine » a été signalée concernant les âges à l'initiation sexuelle, il continue à se distinguer par un niveau particulièrement élevé d'activité sexuelle pré-conjugale féminine, qui le met à part de tous les autres pays examinés.

Figure 9. Écarts entre la proportion d'hommes et la proportion de femmes ayant vécu, avant leur première union, une période de sexualité pré-conjugale d'au moins deux ans. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête.



Lecture : les pays où l'écart entre les sexes a augmenté sont situés à gauche de la diagonale, ceux où elle a diminué sont sur la droite. Les situations de stabilité sont localisées sur la diagonale.

L'utilisation de l'indicateur d'activité sexuelle pré-conjugale permet donc de compléter ou de relativiser les interprétations fondées sur l'examen de l'évolution des âges à l'initiation sexuelle. *Le plus souvent des changements dans les calendriers d'initiation sexuelle vont bien de pair avec des transformations dans les expériences de la sexualité juvénile.* Mais cette relation n'est pas systématique. Même en cas de stabilité des âges à l'initiation, comme au Ghana, il peut se produire un rapprochement dans les expériences sexuelles juvéniles des femmes et des hommes, en fonction par exemple d'un âge d'entrée en union féminin qui recule.

Vue d'ensemble et conclusion

En Afrique, les différences entre sexes dans l'âge à l'initiation sexuelle suivent un modèle comparable à celui de l'entrée en union : les filles débute leur vie sexuelle et leur vie conjugale plus jeunes que les garçons. Ce modèle reste de mise dans les jeunes générations dans la quasi-totalité des pays étudiés. Il n'a cependant rien d'universel : en Amérique latine, les garçons commencent leur vie sexuelle plus jeunes que les filles, alors que, comme en Afrique, ils se marient à un âge plus avancé.

Ces différences entre continents dans les calendriers d'entrée en sexualité traduisent des orientations différentes dans la construction des identités de genre et les modalités du contrôle social de la jeunesse.

En Amérique latine, l'objectif de la socialisation sexuelle des jeunes est double : faire en sorte que les garçons confirment sexuellement qu'ils sont bien des hommes le plus tôt possible et inversement que les filles restent chastes le plus longtemps possible, jusqu'à ce qu'elles puissent se marier. Tout se passe comme si la masculinité était mise à l'épreuve, à l'adolescence. Les garçons sont donc fortement incités, par les hommes adultes comme par les pairs, à s'intéresser au sexe, qui a en soi une valeur initiatique et stabilisatrice de l'identité de genre. Le contrôle et le système de sanctions symboliques qui pèsent sur les filles visent au contraire à retarder leur entrée dans la sexualité et à déconsidérer les initiations précoces. Ces dernières doivent attendre le temps de se marier, afin de bien choisir : si l'initiation sexuelle fait de la fille une femme elle fait aussi d'elle irréversiblement la femme d'un homme. En Afrique, l'objectif traditionnel de la socialisation de la jeunesse dans des pays comme le Niger ou le Mali était que les filles soient mariées et en situation de procréer aussi vite que possible après la puberté. Il n'existait pas en revanche d'incitation sociale forte pour les garçons à être sexuellement précoces. L'initiation sexuelle n'étant pas une priorité, l'âge des hommes n'était donc jamais inférieur à celui des femmes, pouvant être même très élevé.

Le système latino-américain, dans lequel les garçons se doivent d'être précoces et les filles de retarder leur initiation pour se marier avec un homme plus âgé, implique un recours important à la prostitution, fortement attesté dans tous les pays de la région,

ainsi qu'une surveillance collective pesante de la conduite des filles. Les changements, lorsqu'ils se produisent en Amérique latine, passent par un desserrement de l'exigence sociale d'entrée tardive des femmes dans la vie sexuelle, qui permet à ces dernières d'entamer plus tôt une vie sexualo-affective. Une initiation sexuelle féminine plus précoce, qui ne donne pas lieu à la formation immédiate d'un couple, permet aux hommes, par contre-coup, d'avoir accès à des partenaires plus jeunes, et peut faire baisser l'intensité du recours aux professionnelles du sexe. Mais il n'est pas certain que les représentations sociales, qui classent toujours sans nuance les jeunes femmes en « filles honnêtes » ou de bonne famille lorsqu'elles n'ont pas de rapports sexuels, et en « filles perdues », dans le cas contraire, évoluent aussi vite que les comportements des femmes eux-mêmes.

Au contraire, dans le système africain traditionnel qui implique un écart d'âge très important entre hommes et femmes au mariage, les filles doivent être en principe mariées sans délai, alors que l'adolescence masculine tend, dans le même temps, à être une période d'abstinence sexuelle. Les changements qui se produisent, notamment au Bénin, au Ghana et au Togo ainsi qu'en Afrique de l'Est, diffèrent fortement de ceux qu'on observe en Amérique latine. Ils correspondent à un double mouvement par lequel, s'affranchissant de certains contrôles traditionnels, les jeunes hommes peuvent se lancer dans une vie sexuelle plus précoce, cependant que les jeunes femmes, à l'inverse, s'efforcent de repousser le seuil d'entrée dans la vie matrimoniale, sans forcément renoncer à entamer une vie sexuelle. Le point commun à ces évolutions est qu'elles instaurent une période autonome de sexualité juvénile, échappant quelque peu au contrôle de la génération précédente, et permettant une plus grande individualisation des comportements. Dans certains travaux sur la sexualité, effectués dans une perspective de santé reproductive ou de planification familiale, les évolutions décrites sont présentées comme un phénomène hautement négatif qui augmente les risques de grossesse adolescente/extraconjugale. Les femmes sont souvent considérées comme victimes des demandes sexuelles des hommes, et rarement comme des « sujets sexuels ». L'interprétation que nous proposons est différente : elle s'inscrit dans le cadre d'une sociologie de la jeunesse qui considère l'émergence d'une période de sexualité juvénile, non soumise aux exigences sociales du mariage, comme une forme d'apprentissage d'une plus grande autonomie à l'égard des générations précédentes, qui est une tendance sociale universelle.

Pour autant, ni en Afrique ni en Amérique latine, la diffusion de l'expérience de sexualité juvénile n'implique nécessairement une redéfinition des rapports de genre dans un sens égalitaire. Si les femmes déclarent dans une proportion beaucoup plus forte que leurs premiers rapports sexuels coïncidaient avec une première union, cela dénote des perceptions durablement différentes chez les hommes et chez les femmes de ce qu'est une *union*, qui conduit ces dernières à se sentir toujours plus engagées que ceux-là dans leurs relations sexuelles. Par ailleurs, les difficultés d'accès à/ou d'usage de la contraception par les jeunes femmes (qui n'étaient pas l'objet de ce travail) sont une manifestation parmi d'autres d'une acceptation sociale encore faible de la sexualité juvénile féminine, lorsqu'elle n'est pas inscrite dans une relation formelle. Enfin la baisse de l'âge des hommes à l'initiation sexuelle en Afrique s'effectue en

partie par une augmentation du recours au sexe commercial, par exemple en Afrique de l'Est et en Afrique australe, ce qui ne va pas dans le sens d'un rapprochement des expériences féminines et masculines de la sexualité.

Les différences observées dans les modes d'organisation sociale de la sexualité juvénile en Amérique latine et en Afrique, ne s'expliquent pas essentiellement par les différences de phases atteintes par les continents dans la transition démographique. Ainsi, la précocité des hommes et la mise en réserve des femmes caractérisaient déjà le comportement des générations les plus anciennes en Amérique latine, pourtant beaucoup plus fécondes. Il y a une certaine homogénéité de comportements culturels entre pays latino-américains, quel que soit leur stade de transition. Au sein du continent africain, il y a des différences plus marquées entre pays dans les formes prises par la sexualité juvénile, et celles-ci se rattachent en partie aux stades qu'ils ont atteint dans la transition démographique. Cela ne signifie pourtant pas que tous les pays du continent soient destinés à imiter les pays les plus avancés dans cette évolution, comme le Kenya. La diversité de l'Afrique peut se révéler dans une diversification des formes de sexualité juvénile, lorsque le contrôle social des générations adultes se relâchera.

Bibliographie

- BLEDSON C. et COHEN B. (eds), 1993 - Social dynamics of adolescent fertility in sub-saharan Africa. Washington D.C., National Academy Press, 208 p.
- BOZON M. et KONTULA O., 1997 - "Initiation sexuelle et genre : comparaison des évolutions de douze pays européens". *Population*, n° 6 : 1367-1400.
- Bozon M. et Hertrich V., 2001 - Rapports de genre et initiation sexuelle en Afrique et en Amérique Latine. Une comparaison de 20 enquêtes EDS. Paris, INED, 28 p. (Communication préparée pour le Colloque International "*Genre population et développement en Afrique*", Abidjan, 16-21 juillet).
- DELAUNAY V., 1994 - L'entrée en vie féconde, expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais. Paris, *Les Études du CEPED*, n° 7, 326 p.
- HERTRICH V. et LOCOH T., 1999 - Rapports de genre, formation et dissolution des unions dans les pays en développement. Liège, UIESP, Série "*Gender in Population Studies*", Pinnelli A. (éd.), 62 p.
- WESTOFF C.F., BLANC A.K. et NYBLADE L., 1994 - "Marriage and entry in parenthood". Demographic and Health Surveys Comparative Studies, Calverton, Maryland, Macro International Inc., n° 10, 41 p.

Tableau 1. Âges médians aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, par pays, selon le groupe d'âge à l'enquête

Pays		Âge aux premiers rapports sexuels			Écart hommes - femmes		
		gén. nées avant 1950 (45-49 ans) (1)	gén. nées après 1975 (20-24 ans) (2)	évolution = (2) – (1) (3)	gén. nées avant 1950 (45-49 ans) (4)	gén. nées après 1975 (20-24 ans) (5)	évolution = (5) – (4) (6)
Mali	F	15,7	15,8	+ 0,1			
	H	22,2	18,7	- 3,5	6,5	2,9	- 3,6
Niger	F	15,0	15,5	+ 0,5			
	H	20,9	20,3	- 0,6	5,9	4,8	-1,1
Sénégal	F	16,5	18,8	+ 2,3			
	H	22,4	19,0	- 3,4	5,9	0,2	-5,7
Bénin	F	17,2	17,2	0			
	H	18,7	17,5	- 1,2	1,5	0,3	-1,2
Ghana	F	17,3	17,4	+ 0,1			
	H	19,4	19,5	+ 0,1	2,1	2,1	0
Togo	F	17,3	17,2	- 0,1			
	H	19,5	18,0	- 1,5	2,2	0,8	- 1,4
Mozambique	F	15,8	15,9	+ 0,1			
	H	18,8	17,2	- 1,6	3,0	1,3	- 1,7
Ouganda	F	15,6	16,3	+ 0,7			
	H	17,7	17,3	- 0,4	2,1	1,0	- 1,1
Kenya	F	15,9	17,2	+ 1,3			
	H	17,4	15,9	- 1,5	1,5	-1,3	- 2,8
Tanzanie	F	16,3	17,2	+ 0,9			
	H	18,1	17,8	- 0,3	1,8	0,6	- 1,2
Tchad	F	15,4	16,0	+ 0,6			
	H	18,9	18,4	- 0,5	3,5	2,4	- 1,1
Cameroun	F	15,5	16,2	+ 0,7			
	H	18,9	17,0	- 1,9	3,4	0,8	- 2,6
RCA	F	15,9	16,0	+ 0,1			
	H	18,1	17,0	- 1,1	2,2	1,0	- 1,2
Zambie	F	16,1	16,5	+ 0,4			
	H	18,5	16,0	- 2,5	2,4	- 0,5	- 2,9
Zimbabwe	F	17,8	18,7	+ 0,9			
	H	20,0	18,7	- 1,3	2,2	0	- 2,2
Bolivie	F	18,8	19,5	+ 0,7			
	H	17,9	17,0	- 0,9	- 0,9	- 2,5	+ 1,6
Pérou	F	18,6	19,6	+ 1,0			
	H	16,9	17,4	+ 0,5	- 1,7	- 2,2	+ 1,5
Nicaragua	F	17,8	18,0	+ 0,2			
	H	15,5	15,8	+ 0,3	- 2,3	- 2,2	- 0,1
Haïti	F	19,0	18,7	- 0,3			
	H	18,4	17,7	- 0,7	- 0,6	- 1,0	+ 0,4
Brésil	F	20,5	18,6	- 1,9			
	H	17,1	16,2	- 0,9	- 3,4	- 2,4	- 1,0
Chili*	F	18,9	18,9	0			
	H	16,8	17,4	+ 0,6	- 2,1	- 1,5	- 1,6

* Enquête COSECON 1998.

Tableau 2. Proportion d'hommes et de femmes qui ont vécu, avant leur première union, une période de sexualité pré-conjugale d'au moins deux ans, selon le groupe d'âge à l'enquête

Pays		Sexualité pré-conjugale (au moins 2 ans) %			Écart hommes - femmes		
		gén. nées avant 1950 (45-49 ans) (1)	gén. nées après 1975 (20-24 ans) (2)	évolution = (2) - (1) (3)	gén. nées avant 1950 (45-49 ans) (4)	gén. nées après 1975 (20-24 ans) (5)	évolution = (5) - (4) (6)
Mali	F	9	14	+ 5			
	H	40	52	+ 12	+ 31	+ 38	+ 7
Niger	F	0	3	+ 3			
	H	19	23	+ 4	+ 19	+ 20	+ 1
Sénégal	F	4	10	+ 6			
	H	53	62	+ 9	+ 49	+ 52	+ 3
Bénin	F	16	37	+ 21			
	H	80	76	- 4	+ 64	+ 39	- 25
Ghana	F	33	40	+ 7			
	H	73	63	- 10	+ 40	+ 23	- 17
Togo	F	29	40	+ 11			
	H	72	71	- 1	+ 43	+ 31	- 12
Mozambique	F	25	33	+ 8			
	H	58	62	+ 4	+ 33	+ 29	- 4
Ouganda	F	26	38	+ 12			
	H	72	71	- 1	+ 46	+ 33	- 13
Kenya	F	43	53	+ 10			
	H	77	89	+ 12	+ 34	+ 36	+ 2
Tanzanie	F	23	40	+ 17			
	H	75	78	+ 3	+ 52	+ 38	- 14
Tchad	F	8	11	+ 3			
	H	55	50	- 5	+ 47	+ 39	- 8
Cameroun	F	24	37	+ 13			
	H	66	71	+ 5	+ 42	+ 34	- 8
RCA	F	32	30	- 2			
	H	78	69	- 9	+ 46	+ 39	- 7
Zambie	F	15	39	+ 24			
	H	77	88	+ 11	+ 62	+ 49	- 13
Zimbabwe	F	20	25	+ 5			
	H	74	72	- 2	+ 54	+ 47	- 7
Bolivie	F	35	32	- 3			
	H	76	81	+ 5	+ 41	+ 49	+ 8
Pérou	F	34	34	0			
	H	88	85	- 3	+ 54	+ 51	- 3
Nicaragua	F	15	10	- 5			
	H	86	81	- 5	+ 71	+ 71	0
Haïti	F	37	36	- 1			
	H	90	84	- 6	+ 53	+ 48	- 5
Brésil	F	19	33	+ 14			
	H	81	88	+ 7	+ 62	+ 55	- 7

Les pratiques contraceptives

Agnès Guillaume

Introduction

A la conférence internationale « Population et développement » du Caire en 1994 et à celle de Beijing sur les femmes en 1995, les notions de droits reproductifs et de santé de la reproduction ont fait l'objet de nombreux débats qui ont dépassé largement le champ de la santé. Ces droits en matière de reproduction reposent « sur la reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations Unies 1994). Ainsi, ces droits supposent de pouvoir mener une sexualité sans risque et d'avoir accès à des programmes de santé de la reproduction accessibles aux hommes comme aux femmes sans discrimination. Ces questions ont amené à une focalisation sur deux thèmes : la planification familiale et un sujet beaucoup plus controversé, celui de l'avortement.

Bien que de nombreux pays aient, à la suite des conférences du Caire et de Beijing, adopté ou redéfini leurs priorités d'intervention pour améliorer la santé reproductive et les droits reproductifs, ces programmes ne sont pas toujours concrétisés par des actions sur le terrain. L'accès à la planification familiale n'est pas encore généralisé et ouvert librement à toutes les femmes, les adolescentes restant souvent exclues des programmes, car leur sexualité est parfois socialement non reconnue ou mal acceptée (Silberschmidt et Rasch, 2001). Les prescriptions de planification familiale sont dans certains pays faites lors des consultations de protection maternelle et infantile ce qui accentue la difficulté d'accès des adolescentes et des femmes sans enfants à ces services.

De plus, la « sécurité contraceptive »¹, essentielle au bon fonctionnement des programmes et à l'adhésion des populations est loin d'être assurée.

La position des États par rapport à la planification familiale et les programmes mis en place diffèrent selon les pays (Gautier, 2002), traduisant malgré les engagements pris dans ces conférences internationales, une implication limitée dans les politiques de maîtrise de la fécondité. Le développement insuffisant des programmes contribue à expliquer les différences de pratiques contraceptives que l'on peut constater entre continents, voire entre pays d'un même continent.

Les travaux récents sur les transitions de la fécondité dans les pays du Sud ont mis en évidence la baisse importante de la fécondité dans certains pays, et posent la question du rôle que joue la contraception dans ces évolutions, notamment de savoir si la progression de la prévalence contraceptive a été suffisamment importante durant la dernière décennie pour expliquer cette transition ou ce début de transition dans de nombreux pays.

Nous dresserons dans ce texte un état des lieux de la pratique contraceptive en Afrique sans toutefois aborder les différents déterminants susceptibles d'expliquer l'évolution de la fécondité. Nous étudierons tout d'abord les niveaux et tendances de la pratique contraceptive, les différentiels de prévalence contraceptive entre zones urbaine et rurale, et selon le niveau d'instruction des femmes. Nous analyserons également les relations entre contraception et fécondité afin d'appréhender l'impact des différentes méthodes contraceptives sur la fécondité.

Les données présentées ici proviennent d'enquêtes nationales, essentiellement les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les enquêtes du Center for Disease Control and Prevention (CDC). D'autres données nous ont été fournies par la Division Population des Nations Unies².

La prévalence contraceptive sera mesurée en considérant la prévalence actuelle, c'est-à-dire au moment de l'enquête pour les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans. Notre choix a porté sur ces femmes en union, car nous ne disposons d'indices détaillés en fonction des caractéristiques socio-démographiques (zone de résidence et niveau d'instruction), que pour ces femmes dans les EDS. Aussi, les résultats présentés dans ce travail ne donnent-ils qu'une vision partielle de la pratique contraceptive et des

¹ La sécurité contraceptive suppose : - de garantir la diversité des produits proposés. Pour satisfaire ses besoins contraceptifs, chaque personne doit être en mesure de choisir la méthode qui lui convient parmi un éventail diversifié de produits de qualité ; - d'assurer la disponibilité de ces produits et la régularité de leur approvisionnement : les prescriptions doivent être effectuées par un personnel qualifié, ce qui nécessite un renforcement des capacités locales existantes, - d'améliorer l'accessibilité financière pour les populations (communication de Cyril Wissocq).

² Les données des EDS ont été collectées à partir des rapports des enquêtes, mais également sur le site <http://www.measuredhs.com/>. Certaines données proviennent également de la Division population des Nations Unies (Source : Database on Contraceptive Use maintained by the Population Division of the United Nations Secretariat) que nous tenons à remercier.

besoins des femmes en matière de planification familiale. Conformément à la définition des différentes méthodes contraceptives adoptées dans ces enquêtes, nous considérons comme « méthodes modernes » de contraception, la pilule, les dispositifs intra-utérins, les injections, les préservatifs, les spermicides et les implants. Sous le label « ensemble des méthodes » de contraception, nous regroupons les méthodes modernes, les méthodes naturelles ou traditionnelles (continence périodique, retrait...) et les méthodes populaires (ou folkloriques) tels l'indigénat (plantes...) ou les gris gris.

Prévalence de la contraception en Afrique dans les années 1990

La prévalence contraceptive est très variable selon les pays en termes d'intensité et de méthode utilisée : elle est faible dans l'ensemble mais les différences entre les régions d'Afrique sont très accusées (tableau 1 et graphique 1). Les niveaux de prévalence, toutes méthodes confondues, sont supérieurs à 50 % dans 9 pays seulement, essentiellement des pays d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie, Égypte), et à l'Île Maurice (des pays qui ont adopté très tôt des programmes de maîtrise de leur fécondité) ainsi qu'à la Réunion, au Cap Vert, au Zimbabwe et en Afrique du Sud. Cette prévalence est comprise entre 25 et 50 % dans 8 pays ; dans un tiers des pays (14 pays), elle varie entre 10 % et 25 %. Dans les 12 pays restants, essentiellement des pays d'Afrique de l'Ouest, elle est inférieure à 10 % : les plus faibles prévalences sont enregistrées au Tchad et au Mozambique où elles n'excèdent pas 6 %.

Les niveaux de prévalence de la contraception moderne sont plus faibles. Seulement 4 pays ont des prévalences supérieures à 50 % pour ces méthodes : le Zimbabwe, la Réunion, l'Afrique du Sud, la Tunisie et l'Égypte. Dans 9 pays elle est comprise entre 25 et 50 % (Cap Vert, Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Namibie, Kenya, Malawi et Maurice) et dans 6 pays, elle varie entre 10 et 25 % (Ghana, Gabon, Zambie, Zimbabwe, Comores et Tanzanie). Pour plus de la moitié des pays d'Afrique, situés essentiellement en Afrique de l'Ouest et Centrale, cette prévalence pour les méthodes modernes n'excède pas 10 %.

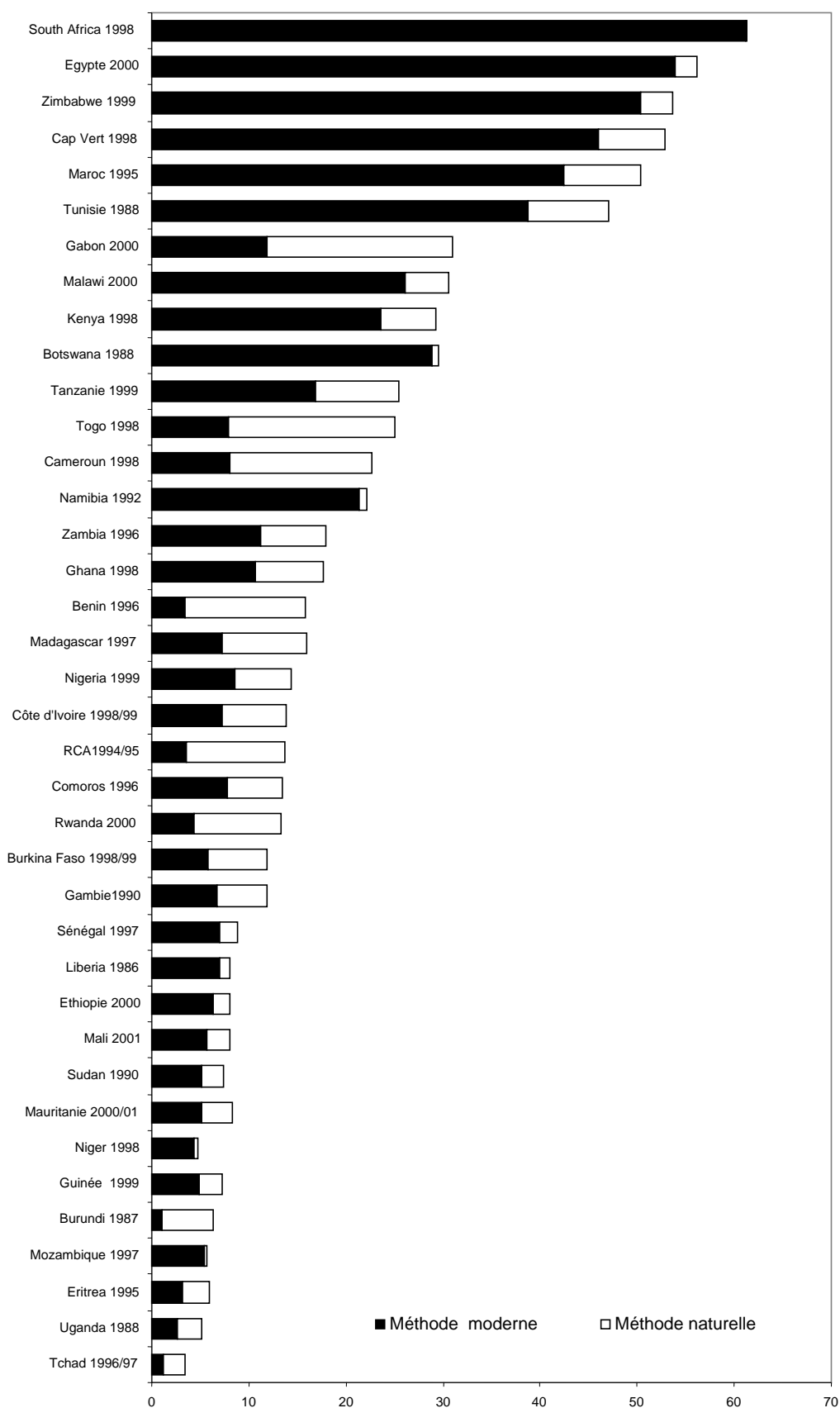
Le type de méthode moderne prescrite et pratiquée diffère selon les pays, et plusieurs facteurs expliquent cette diversité des méthodes utilisées, notamment leur disponibilité. Les implants sont peu diffusés en Afrique puisque selon les résultats des EDS, leur prévalence est au plus de 0,8 %. La prévalence de la stérilisation masculine est quasiment inexistante et celle de la stérilisation féminine reste très faible. Elle n'excède pas 1 % en Afrique de l'Ouest et Centrale (sauf au Ghana 1,3 % et au Cameroun 1,5 %).

Tableau 1 : Prévalence contraceptive (en %) pour l'ensemble des méthodes et les méthodes modernes (femmes en union)

<i>Pays</i>	<i>Date d'enquête</i>	Toutes méthodes	Méthodes modernes	% méthodes modernes/ensemble des méthodes
Maurice	1991	74,7	48,9	65,5
Réunion	1990	66,6	61,7	92,6
Tunisie	1994	60,0	51,0	85,0
Algérie	1995	56,9	49,0	86,1
Afrique du sud	1998	56,3	55,1	97,9
Égypte	2000	56,1	53,9	96,1
Zimbabwe	1999	53,5	50,4	94,2
Cap Vert	1998	52,9	46,0	87,0
Maroc	1995	50,3	42,4	84,3
Libye	1995	39,7	25,6	64,5
Kenya	1998	39,0	31,5	80,8
Botswana	1988	33,0	31,7	96,1
Gabon	2000	32,7	11,7	35,8
Malawi	2000	30,6	26,1	85,3
Namibie	1992	28,9	26,0	90,0
Zambie	1996	25,9	14,4	55,6
Tanzanie	1999	25,4	16,9	66,5
Togo	1998	23,5	7,0	29,8
Ouganda	2000-01	22,8	18,2	79,8
Ghana	1998	22,0	13,3	60,5
Comores	1996	21,0	11,4	54,3
Madagascar	1997	19,4	9,7	50,0
Cameroun	1998	19,3	7,1	36,8
Bénin	1996	16,4	3,4	20,7
Nigeria	1999	15,3	8,6	56,2
Cote d'Ivoire	1998-99	15,0	7,3	48,7
Centrafrique	1994-95	14,8	3,2	21,6
Rwanda	2000	13,2	4,3	32,6
Sénégal	1997	12,9	8,1	62,8
Burkina Faso	1998-99	11,9	4,8	40,3
Gambie	1990	11,8	6,7	56,8
Soudan	1990	8,7	5,5	63,2
Burundi	1987	8,7	1,2	13,8
Niger	1998	8,2	4,6	56,1
Éthiopie	2000	8,1	6,3	77,8
Mali	2001	8,1	5,7	70,4
Mauritanie	2000-01	8,0	5,1	63,8
Érythrée	1995	8	4,0	50,0
Rep. Dem. Du Congo	1991	7,7	2,0	26,0
Liberia	1986	6,4	5,5	85,9
Guinée	1999	6,2	4,2	67,7
Mozambique	1997	5,6	5,1	91,1
Tchad	1996-97	4,1	1,2	29,3

Source : dernières enquêtes EDS (site web <http://www.measuredhs.com/>), enquêtes CDC et Database on Contraceptive Use maintained by the Population Division of the United Nations Secretariat (1998 et 2000).

Figure 1 : Prévalence contraceptive des méthodes modernes et naturelles en Afrique (femmes en union)



C'est une méthode plus répandue dans certains pays d'Afrique australe et de l'Est avec une prévalence de 7,4 % en Namibie, 6,2 % au Kenya et supérieure à 4 % au Botswana. La plus forte prévalence pour cette méthode est en Tunisie (11,5 %). Ce faible recours à la stérilisation distingue l'Afrique de l'Amérique Latine et l'Asie où la prévalence dépasse 40 % au Brésil et en République dominicaine et atteint 34 % en Inde : dans ce pays la stérilisation féminine représente 80 % des méthodes modernes de contraception.

Les méthodes les plus fréquemment prescrites dans les pays africains sont la pilule (prévalence de 35 % au Zimbabwe) et l'injection (16 % au Malawi). Le stérilet est moins fréquemment prescrit car certains personnels ne sont pas formés pour sa pose et les centres de planification familiale n'ont pas toujours les moyens matériels adéquats (stérilisation...).

L'utilisation des préservatifs comme moyen contraceptif est dans l'ensemble assez faible chez les femmes mariées : sa prévalence n'excède pas 4 %. Par contre c'est une méthode fréquemment utilisée chez les femmes sexuellement actives et non en union, pour lesquelles sa prévalence atteint 36 % au Bénin (1996) et 38 % au Cameroun (1998). Les campagnes de lutte contre le Sida et la prévention mise en place dans ce cadre ont contribué à une diffusion importante des préservatifs utilisés aussi bien à des fins préventives que contraceptives.

La part de la prévalence des méthodes modernes dans l'ensemble des méthodes contraceptives utilisées varie entre 14 et presque 100 %. Ce poids de la contraception moderne est supérieur à 80 % dans les pays qui ont déjà une forte prévalence contraceptive à savoir l'Afrique du Sud, le Kenya, le Botswana, le Zimbabwe, le Cap Vert, les pays d'Afrique du Nord : le Liberia et le Mozambique font exception puisque les méthodes modernes représentent près de 90 % des méthodes contraceptives bien que la prévalence des méthodes modernes soit inférieure à 6 %. Dans 12 pays majoritairement d'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'adhésion à la contraception moderne reste limitée puisque ces méthodes représentent moins de la moitié des méthodes utilisées. La préférence pour les méthodes naturelles de contraception traduit une attitude favorable à l'égard de la planification familiale mais qui ne se concrétise pas par l'utilisation de méthodes plus efficaces : bien souvent ces méthodes modernes sont peu accessibles (en terme de disponibilité, de coût...) ou encore les femmes ont des préjugés défavorables les concernant (crainte des effets secondaires, risque de stérilité...) (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Face à ces constats il n'est pas surprenant que les méthodes naturelles occupent encore une place importante dans la régulation de la fécondité.

Tendances de la prévalence contraceptive

L'évolution de la prévalence contraceptive a été mesurée en comparant les niveaux d'utilisation de l'ensemble des méthodes et les méthodes modernes entre les deux ou trois dernières enquêtes disponibles, réalisées entre les années 1980 et 2000. Nous avons retenu comme indicateur le nombre de points que la prévalence gagne, en moyenne, par année, afin de mesurer la vitesse de diffusion de la contraception dans les pays.

En Afrique de l'Ouest ainsi qu'au Cameroun, l'accroissement de la prévalence des méthodes modernes reste faible puisqu'il est inférieur à 1 point par an pour l'ensemble des pays (excepté pour le Ghana durant la période 1988-93) (tableau 2). Le même constat apparaît lorsque l'on considère l'évolution de la prévalence pour l'ensemble des méthodes avec toutefois quelques nuances. L'augmentation de la prévalence contraceptive est supérieure ou égale à 1 point au Sénégal et au Nigeria : cette hausse de la prévalence des méthodes modernes est dans ces deux pays un peu plus élevée que celles des méthodes naturelles.

Par contre, on constate au Togo comme au Burkina Faso, une diminution de la prévalence (toutes méthodes confondues) due à un déclin important dans l'utilisation des méthodes naturelles : au Togo, leur prévalence a été pratiquement divisée par deux (passant de 30,8 % à 16,6 %) et au Burkina par trois (diminuant de 20,1 % à 7,1 %), tandis que celle des méthodes modernes n'a que peu augmenté (0,1 point).

En Afrique de Nord, bien que la prévalence contraceptive soit pourtant assez élevée (supérieure à 50 % pour l'ensemble des méthodes), son accroissement est supérieur ou égal à 1,7 point : cette hausse est due presque en totalité à l'augmentation de la prévalence des méthodes modernes de contraception.

Dans les autres pays africains, le Botswana et le Malawi ont enregistré une augmentation importante de leur prévalence contraceptive, de l'ordre de 3 points par an pour les méthodes modernes ; en Zambie, au Zimbabwe, en Ouganda et en Tanzanie, cette évolution se situe entre 1 et 2 points par an, et pour les pays restants elle est inférieure à 1 point. En Zambie et en Tanzanie, l'augmentation de la prévalence des méthodes modernes et naturelles a été importante (supérieure à 1 point). Le Rwanda se distingue avec une baisse importante de la prévalence contraceptive des méthodes modernes : la guerre et ses conséquences sociales et sanitaires expliquent ces changements de comportements contraceptifs.

Ces données illustrent bien la faible diffusion de la pratique contraceptive, notamment celles des méthodes modernes, en particulier en Afrique centrale et de l'Ouest et la prégnance dans ces pays de l'utilisation des méthodes naturelles de contraception.

Tableau 2 : Évolution de la prévalence contraceptive (ensemble des méthodes et méthodes modernes) au cours des trois dernières enquêtes entre 2001 et 1980 (femmes en union) – source enquête EDS

Pays	Enquête la plus récente			Enquête intermédiaire			Enquête la plus ancienne			Accroissement annuel entre les enquêtes			
	Date enquête	Prévalence		Date enquête	Prévalence		Date enquête	prévalence		Les 2 + récentes		Les 2 + anciennes	
		toute méthode	méthode moderne		toute méthode	méthode moderne		toute méthode	méthode moderne	toute méthode	méthode moderne	toute méthode	méthode moderne
Afrique Ouest et Centrale													
Bénin	1996	16,4	3,4	1981-82	9,2	0,5				0,5	0,2		
Burkina Faso	1998-99	11,9	4,8	1992-93	24,9	4,2				-2,2	0,1		
Cote d'Ivoire	1998-99	15	7,3	1994	11,4	4,3	1981-82	2,9	0,5	0,7	0,6	0,7	0,3
Ghana	1998	22	13,3	1993	20,3	10,1	1988	12,9	4,2	0,3	0,6	1,5	1,2
Mali	1996	6,7	4,5	1987	4,7	1,3				0,2	0,4		
Mauritanie	2000-01	8	5,1	1990-91	3,3	1,2	1981	0,8	0,3	0,5	0,4	0,3	0,1
Niger	1998	8,2	4,6	1992	4,4	2,3				0,6	0,4		
Nigeria	1999	15,3	8,6	1990	6	3,5	1981-82	4,8	0,6	1,0	0,6	0,2	0,4
Sénégal	1997	12,9	8,1	1992-93	7,5	4,8	1986	11,3	2,4	1,4	0,8	-0,5	0,3
Togo	1998	23,5	7,0	1988	33,9	3,1				-1,0	0,4		
Cameroun	1998	19,3	7,1	1991	16,1	4,3				0,5	0,4		
Afrique du Nord													
Algérie	1995	56,9	49,0	1986	35,5	31,3				2,4	2,0		
Égypte	2000	56,1	53,9	1995	47,9	45,5	1992	47,1	44,8	1,6	1,7	0,3	
Maroc	1995	50,3	42,4	1992	41,5	35,5	1987	35,9	28,9	2,9	2,3	1,1	1,3
Tunisie	1994	60	51,0	1988	49,8	40,4	1983	41,1	34,2	1,7	1,8	1,7	1,2
Afrique australe et Est													
Botswana	1988	33	31,7	1984	27,8	18,6				1,3	3,3		
Zambie	1996	25,9	14,4	1992	15,2	8,9				2,7	1,4		
Zimbabwe	1999	53,5	50,4	1994	48,1	42,2	1988	43,1	36,1	1,1	1,6	0,8	1,0
Kenya	1998	39	31,5	1993	32,7	27,3	1989	26,9	17,9	1,3	0,8	1,5	2,4
Madagascar	1997	19,4	9,7	1992	16,7	5,1				0,5	0,9		
Malawi	2000	30,6	26,1	1996	21,9	14,4	1992	13	7,4	2,2	2,9	2,2	1,8
Maurice	1991	74,7	48,9	1985	79,5	48,5				-0,8	0,1		
Rwanda	2000	13,2	4,3	1992	21,2	12,9	1983	10,1	0,8	-1,0	-1,1	1,2	1,3
Tanzanie	1999	25,4	16,9	1996	18,4	13,3	1991	10,4	6,6	2,3	1,2	1,6	1,3
Ouganda	2000-01	22,8	18,2	1995	14,8	7,8	1988	4,9	2,5	1,6	2,1	1,4	0,8

Variations de la prévalence contraceptive selon les caractéristiques des femmes

L'émergence de la transition démographique et l'adhésion à la planification familiale émanent généralement des populations les plus urbanisées et les plus instruites. Nous avons donc analysé les différences de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes en fonction du lieu de résidence des femmes et de leur niveau d'instruction, pour montrer le poids de ces variables dans la diffusion de la contraception moderne.

La prévalence en milieu urbain et rural

Les niveaux de prévalence varient entre zones urbaines et rurales, et sont toujours plus élevés en ville. Généralement ces écarts sont plus importants pour les méthodes modernes dont l'utilisation dépend de la couverture géographique des centres de santé et de leur approvisionnement en contraceptifs fréquemment insuffisant en zone rurale.

Généralement lorsque les niveaux de prévalence sont élevés, les écarts de prévalence selon les zones de résidence s'atténuent (tableau 3). Ce constat se vérifie en Afrique du Nord où la prévalence de la contraception moderne se situe entre 40 et 50 % : elle est seulement 1,2 à 1,6 fois plus élevée en ville qu'en milieu rural ce qui révèle une assez bonne couverture des programmes de planification familiale dans ces pays.

En Afrique de l'Ouest, la prévalence des méthodes modernes est de 1,5 à 9 fois plus élevée en ville pour les méthodes modernes bien qu'elle ne dépasse pas les 20 % dans tous les pays sauf au Cap Vert (51 % en zone urbaine). En Mauritanie, la prévalence urbaine est près de 20 fois plus élevée qu'en milieu rural où elle n'atteint pas 1 %. Les écarts selon la zone de résidence sont également marqués au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal, pays dans lesquels la prévalence contraceptive en zone rurale est inférieure à 3 %.

En Afrique Centrale, les écarts selon le milieu de résidence sont plus accentués : en Centrafrique la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est presque 5 fois plus élevée en zone urbaine que rurale et au Tchad 14 fois plus élevée. Mais pour l'ensemble des méthodes, les écarts sont seulement de 2 à 4 fois plus élevés en ville confirmant l'importance de la prévalence des méthodes naturelles et populaires.

Tableau 3 : Prévalence contraceptive moderne selon la zone de résidence et le niveau d'instruction à la dernière enquête (femmes en union)

Pays	Résidence			Niveau d'instruction				
	Urbain	Rural	Prévalence urbain/rural	Non scolarisée	Primaire	Secondaire ou supérieur	primaire/non scolarisée	secondaire/non scolarisée
Afrique de l'Ouest								
Bénin 1996	5,8	2,1	2,8	2,1	7,0	11,1	3,3	5,3
Burkina Faso 1998/99	20,1	2,6	7,7	3,2	13,1	36,6	4,1	11,4
Cape Vert 1998	51,0	35,6	1,4	39,7	50,7	47,5	1,3	1,2
Cote d'Ivoire 1998-99	12,4	4,6	2,7	4,4	10,4	19,6	2,4	4,5
Gambie 1990	16,5	4,3	3,8	3,8	15,3	33,2	4,0	8,7
Ghana 1998	17,4	11,4	1,5	8,9	12,9	16,8	1,4	1,9
Guinée 1999	9,5	2,3	4,1	2,9	8,0	17	2,8	5,9
Liberia 1986	9,7	3,1	3,1	2,5	6,6	22,1	2,6	8,8
Mali 1996	11,6	1,9	6,1	2,3	11,2	30,1	4,9	13,1
Mauritanie 2000/2001	11,8	0,6	19,7	2,4	4,8	17,5	2,0	7,3
Niger 1998	18,6	2,1	8,9	3,0	13,0	32,4	4,3	10,8
Nigeria 1999	15,7	5,6	2,8	3,1	10,1	18,7	3,3	6,0
Sénégal 1997	19,3	2,1	9,2	3,9	17,1	34,5	4,4	8,8
Togo 1998	10,3	5,5	1,9	4,3	9,0	15,3	2,1	3,6
Afrique Centrale								
Cameroun 1998	13,1	4,5	2,9	1,8	7,4	14,4	4,1	8,0
Tchad 1996-97	4,2	0,3	14,0	0,5	2,5	12,8	5,0	25,6
RCA 1994-95	6,4	1,4	4,6	1,1	4,0	12,1	3,6	11,0
Gabon 2000	13,9	5,0	2,8	4,8	7,7	15,7	1,6	3,3
Afrique du Nord								
Égypte 2000	58,9	49,9	1,2	49,6	55,7	57,6	1,1	1,2
Maroc 1995	51,0	35,6	1,4	39,7	50,7	47,5	1,3	1,2
Tunisie 1988	47,6	30,1	1,6	37,4	44,1	44,5	1,2	1,2
Afrique australe								
Botswana 1988	40,8	27,5	1,5	18,9	32,9	50,3	1,7	2,7
Mozambique 1997	16,6	2,3	7,2	2,5	6,3	27,1	2,5	10,8
Namibie 1992	46,6	13,0	3,6	14,2	17,3	46,4	1,2	3,3
Afrique du sud 1998	66,0	52,7	1,3					
Zambie 1996	23,6	8,2	2,9	5,7	11,4	29,6	2,0	5,2
Zimbabwe 1999	61,8	43,9	1,4	35,2	44,4	59,4	1,3	1,7
Afrique de l'Est								
Burundi 1987	14,0	0,8	17,5	0,6	2,2	16,9	3,7	28,2
Comores 1996	14,7	10,3	1,4	10,7	11,0	15,1	1,0	1,4
Érythrée 1995	14,5	0,9	16,1	1,0	8,8	26,8	8,8	26,8
Éthiopie 2000	28,3	3,3	8,6	3,7	13,2	33,0	3,6	8,9
Kenya 1998	41,0	29,0	1,4	16,1	28,2	46,3	1,8	2,9
Madagascar 1997	17,6	7,1	2,5	1,5	8,4	20,7	5,6	13,8
Malawi 2000	38,2	24,1	1,6	21,7	26,4	41,6	1,2	1,9
Rwanda 2000	13,8	2,7	5,1	1,6	3,5	16,7	2,2	10,4
Soudan 1990	11,3	2,2	5,1	1,9	7,9	14,9	4,2	7,8
Tanzanie 1999	28,9	10,5	2,8	6,8	17,7	33,5	2,6	4,9
Ouganda 2000-01	41,6	14,7	2,8	9,4	16,8	42,2	1,8	4,5

Source : enquête DHS <http://www.measuredhs.com/>

Au Botswana, en Afrique du Sud et au Zimbabwe, les différences de prévalence contraceptive selon les milieux urbain et rural sont faibles ; par contre, au Mozambique, la prévalence des méthodes modernes est 7 fois plus élevée en ville qu'en zone rurale. En Afrique de l'Est, seul au Kenya et au Malawi, les prévalences des zones urbaines et rurales sont d'un niveau proche pour les méthodes modernes. En Éthiopie, au Rwanda, au Soudan et en Ouganda, la prévalence des méthodes modernes en zone urbaine est de 5 à 8 fois plus élevée qu'en zone rurale. Mais c'est en Érythrée et au Burundi, qui se caractérisent par une très faible prévalence de la contraception moderne inférieure à 1 %, que ces écarts de prévalence sont les plus forts, 16 à 17 fois plus importants.

Ces différences dans la pratique contraceptive entre zones urbaine et rurale montrent bien les problèmes d'accès à la contraception dans certains pays liés soit à l'information et à l'offre contraceptive mieux diffusées en ville, soit à la perception qu'ont parfois les femmes de ces différentes méthodes. Plus la prévalence contraceptive augmente et plus les disparités entre zones urbaines et rurales s'atténuent.

La prévalence selon le niveau d'instruction des femmes

L'utilisation des méthodes modernes de contraception progresse avec le niveau d'instruction des femmes, les femmes les plus instruites étant les premières à s'inscrire dans un processus de maîtrise de leur fécondité par un recours à la contraception moderne. L'effet de l'instruction sera mesuré ici par le rapport de la prévalence contraceptive chez les femmes de niveau d'instruction primaire par rapport aux femmes non éduquées et de celle des femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur par rapport aux femmes non éduquées.

Dans les pays d'Afrique du Nord où la pratique contraceptive est élevée, les différences de prévalence selon le niveau d'instruction des femmes sont faibles : cette prévalence pour la contraception moderne est multipliée par 1,1 à 1,3 points quand on compare celle des femmes non instruites à celles des femmes scolarisées dans le primaire ou le secondaire, ce qui confirme une bonne couverture contraceptive dans les différentes couches de la société. En Égypte, par exemple, la prévalence contraceptive des femmes non scolarisées atteint presque 50 % et est supérieure à 55 % pour les femmes instruites.

En Afrique de l'Ouest, les écarts de prévalence entre les femmes non scolarisées et celles de niveau d'instruction primaire sont élevés sauf au Cap Vert, un pays de forte prévalence contraceptive, et au Ghana où ces prévalences sont multipliées par 1,3-1,4. Dans la moitié de ces pays, la prévalence est multipliée par 3 ou 4 sauf au Nigeria où elle est multipliée par 6. Les écarts sont plus conséquents si l'on compare les comportements contraceptifs des femmes non scolarisées à ceux des femmes scolarisées dans le secondaire ou le supérieur, sauf au Cap Vert et dans une

moindre mesure au Ghana (où ils restent compris entre un et deux points). Cette prévalence est multipliée de 4 à 6 au Bénin, en Guinée, en Côte d'Ivoire, au Togo, et au Nigeria, par 10 à 13 au Burkina Faso, au Mali, au Niger, et dans les autres pays par 7 ou 8.

En Afrique Centrale, les différences de prévalence contraceptive selon le niveau d'instruction sont marquées sauf au Gabon : elle est 3 à 5 fois plus élevée au Cameroun, au Tchad et en Centrafrique quand on compare les femmes de niveau d'instruction primaire et celles non instruites ; par contre, la prévalence est de 8 à 25 fois plus importante quand la comparaison se fait entre les femmes scolarisées dans le secondaire ou le supérieur par rapport à celles non scolarisées.

Dans les pays d'Afrique Australe, les écarts de prévalence contraceptive sont peu sensibles entre les femmes scolarisées dans le primaire et celles non scolarisées (entre 1 à 2 fois), mais par contre très marqués en Zambie et au Mozambique avec une prévalence chez les femmes d'un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, de 5 à 10 fois plus importante comparativement à celles non scolarisées.

En Afrique de l'Est, les différences de prévalence sont peu sensibles selon le niveau d'instruction au Malawi et aux Comores, mais elles sont par contre 3 à 4 fois plus élevées entre les femmes de niveau d'instruction primaire et non scolarisées au Burundi, en Éthiopie, au Soudan et en Ouganda et de 5 à 8 fois supérieures en Érythrée et à Madagascar. Dans cette région également, ces différences sont plus conséquentes quand on considère les femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur comparativement aux femmes non scolarisées : 20 fois supérieures au Burundi et en Érythrée et de 9 à 13 fois plus élevées en Éthiopie, à Madagascar, en Ouganda et au Rwanda.

Ces comparaisons des prévalences contraceptives, selon le lieu de résidence des femmes et leur niveau d'instruction, appellent plusieurs constats. La diffusion de la contraception est toujours plus rapide chez les groupes les plus éduqués et résidant en zone urbaine : 1) plus la prévalence contraceptive des méthodes modernes est élevée à l'échelle nationale, moins les différences selon les caractéristiques des femmes apparaissent, 2) les écarts de prévalence peuvent être conséquents même avec un faible niveau d'instruction telles que le montrent, dans certains pays, les différences de prévalence entre les femmes non scolarisées et celles scolarisées dans le primaire seulement, ce qui met en relief l'importance de la scolarisation des femmes.

Relation entre contraception et fécondité

La contraception est l'un des déterminants proches de la fécondité et sa prévalence doit être négativement corrélée au niveau de la fécondité (Westoff et Akinrinola, 2001). La question de son impact dans la transition de la fécondité se pose en Afrique étant donné les faibles niveaux de prévalence contraceptive enregistrés dans de nombreux pays mais aussi la place encore occupée par les méthodes traditionnelles de contraception.

La contraception n'est pas le seul facteur à intervenir dans la baisse de la fécondité : certaines études ont souligné, à partir de l'utilisation du modèle de Bongaarts³, le rôle joué par les pratiques du post-partum⁴, mais aussi l'importance du recul de l'âge au mariage dans ces transitions de la fécondité. Ainsi dans une étude menée à partir des deux dernières enquêtes démographique et de santé (EDS) dans trois pays africains, le Kenya, le Ghana et la Côte d'Ivoire, Vimard et *al.* (2001) ont montré que l'indice d'infécondabilité post-partum est le facteur inhibiteur de la fécondité le plus fort, suivi de l'indice de mariage au Ghana et en Côte d'Ivoire et de celui de la contraception au Kenya. La prévalence des méthodes modernes de contraception est environ 4 fois plus élevée au Kenya qu'en Côte d'Ivoire et 3 fois plus qu'au Ghana : ces différences montrent le poids que ces facteurs inhibiteurs peuvent jouer. Un autre facteur devrait être considéré dans ces évolutions, il s'agit de l'avortement, mais son rôle est rarement mesuré car les données sur ce sujet ne sont pas disponibles dans les EDS (voir chapitre suivant).

Les corrélations entre l'utilisation de la contraception et le niveau de fécondité montrent un impact différent des méthodes contraceptives, impact variable également selon les continents (tableau 4). Ainsi la corrélation est négative entre le niveau de fécondité et l'utilisation d'une méthode quelconque et/ou moderne de contraception : les niveaux de corrélation sont très proches en Asie et en Amérique latine, mais ils sont par contre moins marqués en Afrique. Les différences entre ces trois continents peuvent s'expliquer par une plus faible prévalence contraceptive des méthodes modernes en Afrique comparativement à l'Asie et à l'Amérique latine mais aussi par le type de méthodes utilisées. Si, en Afrique, la pilule et l'injection sont les méthodes les plus fréquemment utilisées, dans 6 pays d'Asie sur 10 (Inde, Népal, Pakistan, Philippines, Sri Lanka et Thaïlande) la stérilisation féminine est la

³ Ce modèle est fréquemment utilisé pour mesurer les effets inhibiteurs des déterminants proches de la fécondité qui sont l'âge au mariage, les pratiques du post-partum, la contraception, l'avortement et la stérilité (voir Jolly, C. and G. James N., 1996. "Les déterminants proches de la fécondité." in *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, edited by K. Foote, A. Hill and L.G. Martin. Paris : INED-PUF, 71-117.

⁴ Pratique d'espacement des naissances par le biais de l'abstinence et de l'aménorrhée induite par l'allaitement.

méthode la plus répandue suivie de la pilule et du stérilet ; en Amérique latine, dans 8 pays sur 13 (Brésil, Colombie, République dominicaine, Équateur, Salvador, Guatemala, Mexique et Nicaragua) après la stérilisation, les autres méthodes les plus fréquemment utilisées sont la pilule et le DIU, et dans deux pays (le Pérou et Haïti) l'injection. L'efficacité des méthodes contraceptives dans ces deux continents, ainsi que leur plus grande diffusion expliquent le plus fort impact de la contraception moderne sur la fécondité comparativement aux pays africains.

Tableau 4 : Corrélation entre l'indice synthétique de fécondité et la prévalence contraceptive en Asie, Afrique et Amérique Latine et Caraïbe

Régions	Coefficient de corrélation (R)			Nombre de pays
	Méthode quelconque	Méthode moderne	Méthode traditionnelle	
Afrique	-0,769	-0,768	0,012	66
Asie	-0,897	-0,870	-0,285	19
Amérique latine et Caraïbe	-0,839	-0,824	-0,048	26

L'analyse des relations entre la prévalence des méthodes naturelles et la fécondité révèle une absence (en Afrique) ou une faible corrélation (en Amérique Latine) : ces méthodes sont d'une efficacité limitée et les échecs consécutifs à leur utilisation sont fréquents. De plus la prévalence de ces méthodes est assez faible sauf dans certains pays africains où elles restent les méthodes dominantes de contraception. En Afrique, ces méthodes sont le plus souvent utilisées dans un but d'espacement des naissances plutôt que de contraception d'arrêt. Cette prise en compte des méthodes naturelles de contraception est cependant importante car elle révèle un besoin de planification familiale qui peut évoluer vers d'autres méthodes contraceptives si leur accessibilité s'améliore et si elles sont mieux perçues par les femmes.

L'impact de la contraception sur la fécondité est donc dépendant du type de méthodes utilisé et de leur efficacité. En Afrique, la prévalence doit être améliorée en terme de niveau mais aussi de méthodes privilégiées pour avoir un impact plus marqué sur la fécondité.

Conclusion

Le continent africain, à l'exception des pays d'Afrique du Nord et de quelques pays d'Afrique de l'Est ou d'Afrique Australe se distingue par une faible prévalence contraceptive et une forte utilisation des méthodes naturelles de contraception. La prévalence contraceptive des méthodes modernes a augmenté ces dernières années en Afrique, mais à une intensité et un rythme très variables selon les pays : les populations urbaines et instruites sont celles qui ont le plus recours à la

contraception moderne. Ces niveaux de prévalence contraceptive différencient ce continent des pays d'Asie ou d'Amérique latine où l'utilisation des méthodes modernes est très élevée et où les méthodes utilisées sont également plus efficaces puisque la stérilisation féminine est y très répandue.

Ce moindre recours à la contraception contribue au maintien de niveaux de fécondité élevés dans certains pays africains et pose la question de la diffusion de la planification familiale. À la suite de la Conférence du Caire, 94 % des pays africains déclarent avoir pris des mesures pour améliorer la connaissance et l'accès à la planification familiale (Gautier, 2002). Mais cette volonté politique ne s'est pas toujours traduite par des interventions au niveau des programmes de santé pour améliorer l'accès à la planification qui reste limité. La couverture géographique des programmes est insuffisante à cause du manque d'infrastructures sanitaires disponibles dans certaines zones, les centres restent le plus souvent concentrés en zones urbaines. Dans ces centres de santé, les personnels médicaux ne sont pas toujours qualifiés pour prescrire les méthodes de planification familiale, et parfois n'ont pas le matériel nécessaire, ni un approvisionnement régulier en produits contraceptifs, ni une gamme suffisante de produits à proposer. L'impossibilité de stériliser le matériel explique que la pose des stérilets ne soit pas faite dans tous les centres. Le matériel d'Information Education et Communication nécessaire à la sensibilisation des populations n'est pas toujours disponible, expliquant l'insuffisance du counselling fait lors des prescriptions : les femmes ne peuvent pas toujours faire un choix réel et éclairé en comprenant les avantages et inconvénients éventuels de chaque méthode. Les femmes peuvent être aussi tributaires dans leur choix contraceptif des préférences des prescripteurs (Kotokou, 1994).

La population cible couverte par les programmes de planification familiale est, elle aussi, souvent limitée car ils s'adressent prioritairement aux femmes mariées ayant déjà des enfants. La prescription des méthodes est d'ailleurs souvent faite dans le cadre du suivi post-natal des femmes. Ainsi les adolescentes, les femmes sans enfant et les hommes se trouvent de fait exclus de ces programmes, bien que les pays se soient engagés à travers les déclarations de la Conférence du Caire à faciliter l'accès à ces programmes à tous les hommes et femmes quel que soit leur âge ou leur situation.

Tous ces éléments constituent des facteurs de blocage dans l'accès aux programmes de planification familiale et expliquent le faible recours à la contraception moderne. Dans ce contexte l'avortement est parfois la seule méthode de régulation de la fécondité à laquelle les femmes peuvent avoir recours : pourtant cet acte est illégal dans la majorité des pays africains ou soumis à d'importantes restrictions amenant à des pratiques clandestines à risque pour la santé des femmes (Guillaume, 2000).

L'insuffisance de l'offre en matière de planification familiale n'est pas le seul facteur explicatif du faible recours à la contraception moderne. La mauvaise perception qu'ont les femmes de ce type de méthode explique leur moindre utilisation : la crainte des effets secondaires des méthodes, notamment le risque de stérilité sont des facteurs de blocages à leur utilisation. Si certaines femmes

expriment des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, d'autres par contre souhaitent toujours une descendance nombreuse et recourent peu à la contraception ou simplement dans un but d'espacement des naissances par le biais des méthodes naturelles. Les réticences des conjoints ou partenaires expliquent aussi le recours limité à la contraception : les femmes n'ont pas toujours la possibilité d'utiliser une contraception sans l'accord de leur partenaire dont le consentement est parfois demandé lors de la prescription de ces méthodes. Les adolescentes se trouvent fréquemment confrontées à ces problèmes d'utilisation de méthodes contraceptives ou préventives à cause de leurs difficultés de négociation avec leur partenaire ; ceci explique leur faible recours à la contraception moderne.

La mise sur le marché en Afrique de la contraception d'urgence devrait offrir de nouvelles possibilités pour les femmes de réguler leur fécondité, particulièrement aux très jeunes femmes pour lesquelles l'accès à la contraception est limité. Cette méthode présente l'avantage de donner aux femmes un moyen de gérer leur sexualité et les risques de grossesses, notamment en cas de rapports sexuels non prévus ou d'échec de contraception : c'est une bonne alternative à l'avortement.

Les programmes de santé de la reproduction en Afrique subsaharienne

Les gouvernements africains, qui pendant longtemps n'ont adhéré aux programmes de planification familiale que dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, ont toutefois bien intégré le concept de santé de la reproduction.

Ainsi, les treize pays¹ qui ont répondu à la dernière enquête des Nations unies sur la population et le développement considèrent que le niveau de la mortalité maternelle est inacceptable. Ils déclarent avoir pris des mesures pour améliorer le suivi prénatal, l'accouchement et lutter contre les maladies gynécologiques. Ils disent tenter d'améliorer la connaissance, la sécurité et la facilité d'accès à la planification familiale ainsi que prévenir et traiter les conséquences sanitaires de l'avortement.

Toutefois, comme l'indiquent les différentes enquêtes menées auprès des officiels, des agents de santé, des chercheurs comme auprès des associations de planification familiale ou de femmes, la révolution a surtout été sémantique et le chemin à parcourir pour arriver à de véritables programmes de santé reproductive sera fort long car les défis sont importants. Ainsi, des « enquêtes de situation » ont permis d'observer les défaillances des services de planification familiale de huit pays entre 1992 et 1997². Dans l'ensemble ces services ne disposent pas de l'équipement nécessaire et de plus les pratiques professionnelles sont en cause : manque d'asepsie, information insuffisante des patientes concernant tant les méthodes disponibles, leurs avantages et leurs inconvénients que le risque de maladies sexuellement transmissibles, même dans des contextes de forte prévalence du SIDA.

Arlette Gautier

¹ Botswana, Burkina Faso, République centrafricaine, Ethiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Maurice, Namibi, Tanzanie, Niger, Zambie. DEPARTEMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION, 2001, Results of the eight United Nations inquiry among governments on population and development, New York, United Nations.

² Botswana, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal, Zanzibar, Zimbabwe. MILLER, Kate, et alii. 1998. Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa : findings from situation analysis studies. New York, Population Council, African Operations research and technical assistance project, USAID.

Bibliographie

- GAUTIER A., 2002 - Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction. New York, Contribution à la 35^{ème} Commission Population et Développement, 11 p.
- GUILLAUME A., 2000 - "L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique". *La Chronique du CEPED*, n° 37 : 4.
- GUILLAUME A. and DESGREES DU LOU A., 2002 - "Contraception and/or abortion ? A study of Fertility Regulation Strategies among Abidjan Women". *International Family Planning Perspective*, septembre, 28 (3) : 159-166.
- KOTOKOU K., 1994 - Les facteurs d'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé. in Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou B., (éds.). *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique, Colloques et séminaires*, ORSTOM, Paris : 251-266.
- NATIONS UNIES, 1994 - "Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement". Le Caire, Nations Unies, 138 p.
- SILBERSCHMIDT M. and RASCH V., 2001 - "Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents". *Social Science and Medicine*, 52 :1815-1826.
- VIMARD P., FASSASSI R. et al., 2001 - Le début de la transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne. Un bilan autour des exemples du Kenya, du Ghana et de la Côte d'Ivoire. XXIV IUSSP General Conference, Salvador, Brazil.
- WESTOFF C.F. and AKINRINOLA B., 2001 - "The contraception-fertility link in Sub-Saharan Africa and in Other Developing countries". Calverton, ORC Macro, 10 p.

Fréquence et conditions du recours à l'avortement

Agnès Guillaume

Introduction

L'avortement est, et a été depuis toujours, une méthode utilisée par les femmes pour réguler leur fécondité en l'absence d'accès à la contraception. La question de la légalisation de sa pratique a fait l'objet de débats et controverses dans les pays pour des considérations éthiques, morales et religieuses axées sur les notions de droit de vie du fœtus, de l'embryon et de la personne humaine.

Ce sujet fut largement débattu lors des conférences du Caire en 1994 et à celle de Beijing sur les femmes en 1995 et le seul consensus qui a pu s'établir est que l'avortement « ne doit pas être pratiqué comme un moyen de régulation des naissances ». S'il a également été admis à ces conférences que les femmes devaient pouvoir accéder à une bonne santé en matière de sexualité et de reproduction, l'adoption de ces recommandations par la majorité des pays ne s'est pas toujours traduite par une amélioration des conditions d'accès à l'avortement qui reste encore illégal dans bon nombre de pays.

Malgré cette illégalité, l'avortement est pratiqué et il semblerait que cette pratique soit de plus en plus fréquente. Les chercheurs s'interrogent d'ailleurs dans leurs analyses relatives aux transitions de la fécondité, sur l'impact de l'avortement. Son rôle comme l'un des déterminants important de la fécondité a été mis en évidence dans certains pays et est suspecté dans d'autres sans qu'il soit possible d'en mesurer l'impact réel (Guengant et May, 2001) : la complémentarité entre l'avortement et la contraception dans le contrôle de la fécondité pendant la période de transition et en situation post-transitionnelle a été soulignée (Guengant, 2002).

Dans ce chapitre, nous analyserons la pratique de l'avortement en Afrique, un sujet peu documenté dans un contexte où son accès est souvent limité. Nous examinerons tout d'abord l'état de la législation relative à l'avortement, sa prévalence, les méthodes utilisées et les conséquences en terme de morbidité et mortalité maternelles. Un accent sera mis sur le profil socio-démographique des femmes qui avortent et les raisons de ces avortements. Nous étudierons ensuite les relations entre avortement et contraception dans la régulation de la fécondité.

Cette étude repose sur une revue de la littérature qui ne prétend pas être exhaustive. Nous considérerons exclusivement les avortements provoqués, c'est-à-dire survenus à la suite d'une action délibérée de la femme ou d'une autre personne pour mettre fin à cette grossesse : ces avortements sont considérés « à risque » selon l'OMS lorsqu'ils sont pratiqués par des personnels dont les compétences sont insuffisantes, ou encore dans des conditions dangereuses.

Les politiques relatives à l'avortement

La question de l'avortement ne peut être étudiée sans prendre en compte le statut juridique de cet acte pour deux raisons. D'une part, sa légalité va définir les conditions d'hygiène et de sécurité dans lequel il sera pratiqué : « les risques de l'avortement dépendent beaucoup plus de son statut juridique que du niveau de développement » des pays (Blayo, 1998). D'autre part, les données sur ce sujet seront plus accessibles si l'avortement est légal.

Une grande hétérogénéité existe dans les législations entre les pays et les lois sont parfois des réminiscences du passé colonial : en Afrique francophone par exemple, elles sont souvent encore basées sur la loi française de 1920 qui interdit l'avortement et la contraception, et dans les pays anglophones, elles restent calquées sur la loi anglaise de 1861 relative aux « délits sur les personnes ».

En Afrique, 25 des 53 pays n'autorisent l'avortement que si la vie de la mère est en danger et le Soudan ajoute à cette condition la possibilité d'avorter en cas de viol ou d'inceste. Dans 23 pays, l'avortement n'est possible que si la vie, la santé physique ou mentale sont menacées, le Cameroun en plus de ces conditions stipule que l'avortement est également possible en cas de viol ou d'inceste, 6 autres pays ajoutent également à ces possibilités le recours à l'avortement en cas de malformation du fœtus, et le Mozambique en cas d'échec de contraception. La Zambie autorise l'avortement pour des raisons économiques et sociales. Ce n'est qu'au Cap Vert, en Tunisie et en Afrique du Sud que l'avortement peut être pratiqué à la demande de la femme.

Mais, même quand l'avortement est libéralisé, il existe malgré tout des restrictions et les femmes n'ont pas toujours une autonomie de décision dans leur choix de recourir à l'avortement (Gautier, 2002). Ces restrictions peuvent concerner la durée de grossesse ou un environnement médical spécifique qui précise les praticiens ou structures habilités à faire ces actes. Ces conditions rendent difficile la pratique de l'avortement surtout en zone rurale où la couverture sanitaire est insuffisante (Guttmacher, Kapadia *et al.*, 1998 ; Gastineau, 2002). La loi peut imposer que des praticiens donnent leur accord à l'avortement : par exemple, en Zambie, si une femme veut avorter pour des raisons de santé mentale, un psychiatre doit donner son avis (Koster-Oyekan, 1998) ; en Côte d'Ivoire, en cas d'avortement pour protéger la vie de la mère, il est nécessaire

d'avoir l'accord de deux médecins assermentés par la justice. Ces restrictions expliquent la persistance d'avortements clandestins même dans les pays où son accès est libéralisé.

Fréquence de l'avortement dans ce contexte d'illégalité

Les données disponibles sur l'avortement sont étroitement liées au statut légal de cet acte dans le pays considéré. Certains auteurs ont souligné les difficultés à mener des enquêtes sur ce sujet souvent tabou et sanctionné tant d'un point de vue social que légal.

Les données sur l'avortement dans ce contexte d'illégalité présentent des limites : d'une part un manque de complétude dû à la sous-déclaration des femmes, d'autre part des problèmes de représentativité car les enquêtes ne concernent souvent que des populations spécifiques. Les résultats présentés ici ne sont donc qu'une hypothèse basse du niveau de ce phénomène mais leur intérêt est de mieux comprendre le processus du recours à l'avortement. Ces données proviennent d'enquêtes ponctuelles auprès de populations spécifiques (consultantes de centres de santé, de planification familiale, femmes enceintes, adolescentes, femmes scolarisées...) ou de quelques statistiques sanitaires : certains services hospitaliers enregistrent des statistiques sur les complications d'avortements pris en charge. Rares sont les pays où des études au niveau national ont abordés cette question de façon détaillée : une enquête DHS au Gabon en 1999 et une enquête au Togo en 2001.

Les données sur ce sujet sont rares en Afrique, d'une portée limitée, et très hétérogènes ce qui limite la possibilité d'analyses comparatives et la mise en évidence des évolutions.

S.K. Henshaw *et al.* (1999 a), dans leur synthèse sur l'avortement dans le monde, estiment qu'en Afrique 5 millions d'avortements se sont produits en 1995 dont 99 % illégaux, soit un taux de 33 avortements pour 1000 femmes. Les enquêtes (hors enquêtes sur les complications d'avortement) montrent un assez fort recours à l'avortement (tableau 1). Les études menées en population générale montrent que la prévalence de l'avortement varie entre 7 et 16 % (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001), et dans des études auprès de consultantes à Abidjan et Bamako cette prévalence varie entre 5 et 33 % (Desgrées du Loû, Msellati *et al.*, 1999 ; Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002).

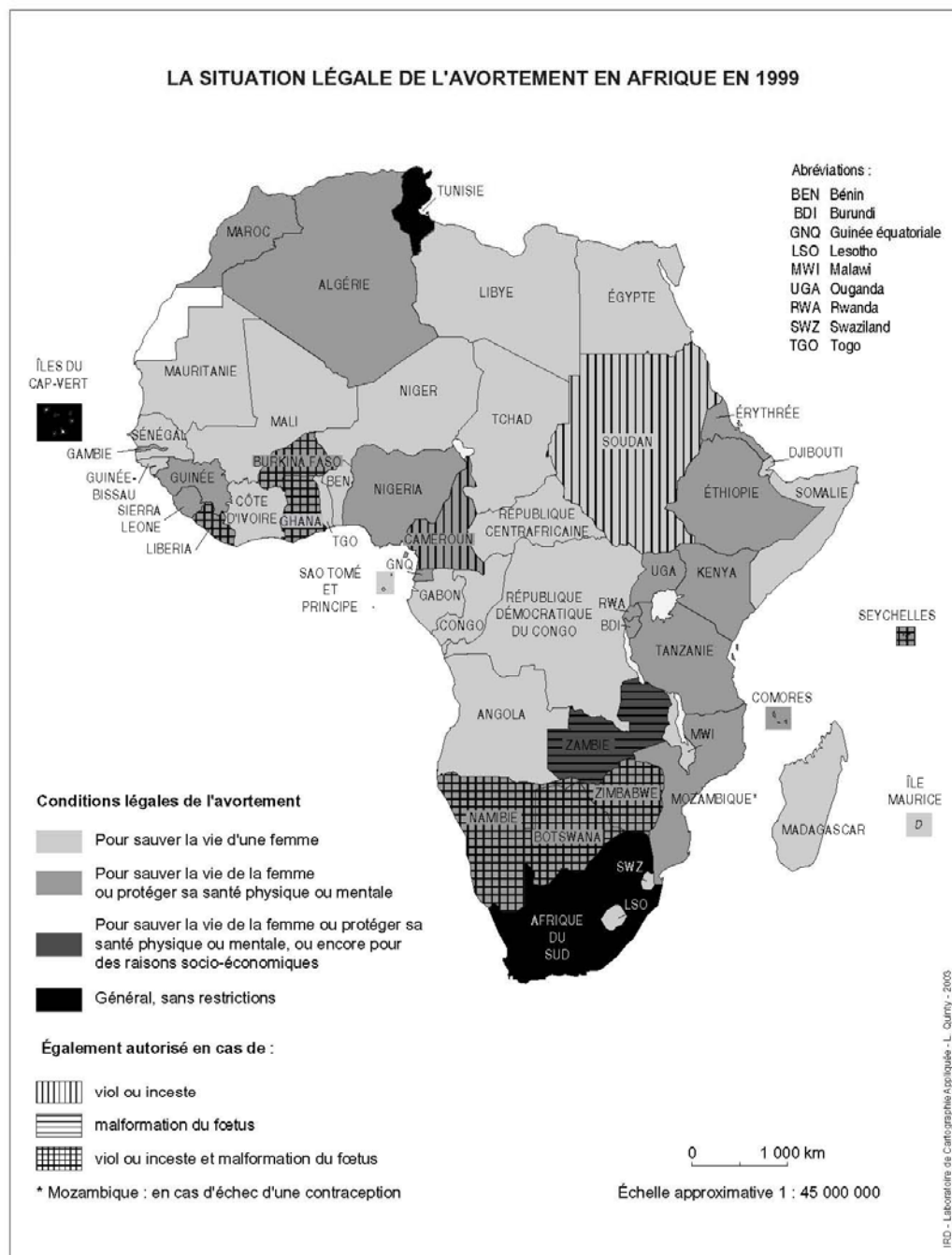


Tableau 1 : Indicateurs de l'avortement provoqué dans différents pays africains :
 - proportion de femmes ayant pratiqué au moins un avortement (P) - indice synthétique d'avortement (ISA) - nombre moyen d'avortements (NMA) - taux d'avortement (TA) - ratio d'avortement (RA) dans différents pays

	Population concernée	Effectif de femmes	Âge des femmes	Année de l'enquête	P (%)	ISA	NMA	TA ^a (‰)	RA ^b (%)
Abidjan (Côte d'Ivoire) ¹⁻²	Consultantes centre de santé	2400	15-49	1998	33	1.4 ^c	0.60		
	Consultantes centre de santé	997	15-49	1997	31 ^d				
Côte d'Ivoire ³	Population générale				7 à 16				
Togo ⁴	Population générale	2408	15-49	2000	13		0,13		
Lomé (Togo) ⁵	Population scolaire	1823			23		1,31		
Bamako (Mali) ⁶	Consultantes centre de santé	2082	15-54	1996	5 à 20				
Gabon ⁷	Population générale	6183	15-49	2001	15				
Tunisie ⁸	Population générale			1996		0,26		8,6	7.8
Afrique du sud ⁸	Population générale			1997		0,08		2,7	2,4
Zambie ⁸	Population générale			1983		0.01		0,4	0,4

¹Guillaume, 2002 – ²Desgrées Du Loû *et al.*, 1999 – ³Guillaume *et al.*, 1999 – ⁴URD, 2001 – ⁵Amegee, 2002 – ⁶(Konate, Sissoko *et al.* 1999) – ⁷Barrère, 2001 – ⁸Henshaw *et al.*, 1999.
^a Nombre d'avortement pour 1000 femmes – ^b nombre d'avortement pour 1000 grossesses – ^c Indice synthétique d'avortement pour les femmes de 15 à 44 ans pour les cinq années précédant l'enquête – ^d femmes ayant eu au moins une grossesse.

En Tunisie et en Afrique du Sud, deux des rares pays africains où l'avortement se pratique à la demande, les taux et ratios d'avortement sont d'un niveau très différent, près de 4 fois plus élevés en Tunisie, mais ces taux tunisiens restent bas, du niveau de certains pays européens. La légalisation de l'avortement en Afrique du Sud est récente et l'accès aux services habilités à pratiquer ces actes reste limité, ce qui explique la persistance d'avortements clandestins, donc non déclarés (Guttmacher, Kapadia *et al.*, 1998 ; Henshaw, Singh *et al.*, 1999).

L'avortement : une pratique en pleine évolution ?

Mesurer les tendances de l'avortement n'est pas chose facile dans un contexte où les données pour les pays africains sont rares et d'une portée limitée.

La Tunisie est le seul pays où l'on dispose d'une série de taux d'avortements : ils ont diminué durant les 20 dernières années de 13,7 ‰ en 1975 à 8,6 ‰ (Henshaw, Singh *et al.*, 1999). Ce pays a largement entamé sa transition de la fécondité puisque l'indice synthétique de fécondité en 1995 est de 2,6 enfants par femme et la prévalence contraceptive élevée, de l'ordre de 60 % en 1994 (Gastineau, 2002).

En Afrique plusieurs auteurs ont souligné l'évolution du recours à l'avortement, sans toujours pouvoir mesurer l'étendue de ce phénomène (Rogo, 1991 ; Desgrées du Loû, Msellati *et al.*, 1999 ; Guillaume, 2003). Dans plusieurs villes africaines, le rôle de l'avortement dans la baisse de la fécondité est suspecté car, ni l'évolution des pratiques du post-partum, ni le recul de l'âge au mariage, ni l'augmentation de la prévalence contraceptive ne suffisent à expliquer ces changements. A Lomé par exemple, l'indice synthétique de fécondité a connu une réduction de 29 % passant de 4.1 en 1988 à 2.9 enfants par femme en 1998 (Agunké, Messan *et al.*, 1999 ; Anipah, Gora *et al.*, 1999), alors que la prévalence contraceptive a diminué, l'âge médian à la première union et les pratiques du post-partum ont peu évolué : une étude menée en 2001 dans cette ville souligne que 28 % des femmes ont eu au moins un avortement (URD, 2001).

En Côte d'Ivoire, des études menées aussi bien à Abidjan que dans une zone rurale du Nord soulignent que le recours à l'avortement est plus important et plus précoce à chaque génération et intervient dès les premières grossesses chez les jeunes femmes. Ainsi dans l'enquête menée auprès de femmes dans les centres de santé à Abidjan, 70 avortements se sont produits pour 100 naissances chez les femmes de moins de 20 ans dans les cinq années précédant l'enquête (Desgrées du Loû, Msellati *et al.*, 1999 ; Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Au Gabon, M. Barrère (2001) fait le même constat que le « recours à l'avortement est de plus en plus fréquent des générations anciennes aux nouvelles : ainsi 3 % des femmes actuellement âgées de plus de 40 ans déclaraient avoir avorté alors que 6 % de celles âgées actuellement de 20-24 ans déclarent au moins un avortement (Barrère, 2001).

On assiste donc à une amplification récente du recours à l'avortement chez les jeunes femmes en début de vie féconde, insuffisamment mesurée du fait de la rareté des données.

Les méthodes d'avortement

Depuis des générations les femmes ont eu recours à l'avortement pour réguler leur fécondité en utilisant toute une gamme de méthodes abortives (McLaren, 1990). En Afrique, on pourrait s'attendre à ce que l'avortement soit pratiqué essentiellement par des méthodes basées sur la pharmacopée traditionnelle ou sur un savoir populaire compte tenu de son illégalité. Des méthodes à base de plantes sont effectivement utilisées sous forme de breuvage, de lavements ou parfois d'ovules végétaux (Dehne, 1999 ; The Alan Guttmacher Institute, 1999). A ces méthodes s'ajoutent des produits qui, s'ils ne sont pas réellement abortifs, laissent des séquelles importantes : des produits chimiques (détergent, bleu à linge, eau de Javel...), des produits acides ou alcoolisés (vin, vinaigre, alcool blanc, citron...).

Certains produits pharmaceutiques sont aussi réputés avoir des propriétés abortives, il s'agit essentiellement de médicaments déconseillés en cas de grossesse et utilisés en surdosage : les anti-paludéens (nivaquine, quinine...), des hormones (comme le crinex, le synergon), l'aspirine ou le paracétamol, les antibiotiques, le cytotec... plusieurs produits sont parfois mélangés. L'insertion d'objet dans le vagin est une méthode également répandue : tiges de plantes, objets contondants, verre pilé, etc.... qui ont souvent comme conséquences des perforations de l'utérus et des hémorragies.

Cette gamme de procédés abortifs ou prétendus comme tels est étendue même si leur efficacité n'est pas prouvée et ne repose sur aucune base scientifique. Leur utilisation n'aboutit pas toujours à un avortement et a parfois, pour conséquences, des séquelles pour l'enfant à naître (malformation, mortinatalité) ou pour la femme (voir infra).

Mais il existe également une « offre médicale », le plus souvent dans le secteur privé de la santé, où les avortements sont pratiqués par du personnel médical généralement peu formé : ils sont fait par curetage ou parfois par aspiration, avec ou sans anesthésie. Dans les villes africaines, la méthode d'avortement la plus répandue est la méthode médicalisée, essentiellement le curetage : utilisée par 62 % des femmes abidjanaises, 71 % en milieu urbain au Togo, 44,5 % à Libreville et Port Gentil et 66 % à Bamako (Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Bien que pratiqués par des « méthodes médicalisées », ces avortements ne sont pas exempts de risque : au Gabon 11 % de ces avortement sont faits par des personnes hors du champ médical et près de 10 % dans un milieu non médicalisé (Barrère, 2001).

Ces curetages interviennent également suite à des tentatives d'avortement par des méthodes traditionnelles ou locales, comme au Togo où 13 % des femmes ont tenté d'avorter avec d'autres méthodes avant d'en venir à l'intervention médicale (URD, 2001).

Ce recours aux méthodes médicalisées est moins fréquent en zone rurale car le personnel médical ainsi que l'environnement sanitaire ne sont pas adéquats pour

pratiquer ces avortements : elles sont utilisées par seulement 23,5 % des femmes au Gabon, 49 % au Togo et entre 40 et 77 % en Côte d'Ivoire (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Anoh, 2000 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001).

Les autres méthodes les plus fréquemment usitées sont les produits pharmaceutiques utilisés à mauvais escient (10 à 28 % des méthodes), les méthodes traditionnelles essentiellement les lavements, et les sondes (9 à 18%) à Abidjan, Bamako, au Togo et Gabon (Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002).

L'avortement : une cause importante de morbidité et mortalité maternelles

De nombreuses études ont été menées auprès de femmes admises pour des complications d'avortement dans des hôpitaux ou centres de santé. Elles fournissent des informations fines sur les caractéristiques des femmes qui avortent, les méthodes utilisées, le type de complications et les éventuels décès liés à ces complications. Parfois sous ce terme d'avortements sont comptabilisés les avortements spontanés et provoqués et des ajustements sont nécessaires pour estimer la part effective de chacun (Singh et Deirdre, 1991 ; Singh et Wulf, 1994 ; Singh et Sedgh, 1997). Ces données sur les complications d'avortements ne reflètent qu'une partie du sommet de l'iceberg puisque toutes les femmes qui ont eu des complications ne se rendent pas dans des centres de santé.

Des risques de complications variables en fonction de la méthode utilisée

Les études sur les complications d'avortements sont menées dans des zones où il existe des structures sanitaires capables de les prendre en charge, essentiellement les hôpitaux des grandes villes. Les complications des avortements sont très dépendantes du type de méthodes employées : les plus « à risque » sont celles basées sur la pharmacopée traditionnelle, l'insertion d'objet, les médicaments en surdosage et les produits chimiques. Les complications les plus fréquentes de ces avortements sont des lésions des organes génitaux, des douleurs pelviennes chroniques, des infections, des hémorragies, des hystérectomies, des problèmes d'incontinence et parfois le décès de la femme (Anderson, 1998 ; Strickler, Heimburger *et al.*, 2001).

Le poids des avortements provoqués parmi les admissions pour des complications d'avortements dans les hôpitaux est important : 57 % des cas dans les hôpitaux à

Addis Abeba, 31 % à Dar es Salaam (Tadesse, Yoseph *et al.*, 2001), 68 % des cas au Bénin, 38 % au Cameroun et 27 % au Sénégal (Goyaux, Alihonou *et al.*, 2001). En Égypte, une étude portant sur 22 656 admissions en service de gynéco-obstétrique montre que 19 % des consultantes et 1/3 des admissions le sont pour des complications d'avortements provoqués ou spontanés : 35 % sont des avortements spontanés, 58 % des avortements peut-être provoqués, 2 % des avortements probablement provoqués et 5 % des avortements certainement provoqués (Huntington, 1997).

Ces complications d'avortements sont liées aux méthodes utilisées et à l'environnement sanitaire : personnel non médical ou mauvaises conditions d'hygiène (Anate, Awoyemi *et al.*, 1995). A Addis Abeba, un tiers des avortements avait été provoqué par des antibiotiques (l'ampicilline) en surdosage, 46 % par insertion d'objets en plastique et 22 % par celle de tige métallique et cet avortement a été auto-pratiqué par la femme dans 28 % des cas, fait par du personnel non médical dans un quart des cas (Tadesse *et al.*, 2001). Au Bénin, au Cameroun et au Sénégal les complications sont dues à des avortements auto-pratiqués dans 40 % des cas : 51 % sont faits avec l'assistance de personnels de santé et 49 % avec celle de tradipraticiens¹ (Goyaux, Alihonou *et al.*, 2001). En Côte d'Ivoire, les femmes présentaient des complications graves, des signes de péritonites dus à l'utilisation d'une méthode intra-utérine, et des troubles neurologiques liés à l'ingestion d'infusion à base de plantes (Goyaux, Yace-Soumah *et al.*, 1999).

Les femmes hospitalisées pour des complications d'avortement sont souvent des femmes jeunes et en début de vie féconde. A Nairobi, 91 % de ces femmes ont moins de 25 ans, 84 % sont célibataires et 77 % nullipares, différant par l'avortement leur entrée en vie féconde ; elles ont un niveau d'instruction élevé et l'avortement n'a pas un caractère exceptionnel puisque 26 % d'entre elles avaient déjà un antécédent d'avortement (Ankomah, Aloo-Obunga *et al.*, 1997). A Addis Abeba comme à Illorin, au Nigéria, la majorité des femmes hospitalisées pour ce problème de santé a moins de 20 ou 25 ans (Justesen, Kapiga *et al.*, 1992) ; à Abidjan 35 % ont moins de 20 ans et 53 % entre 20 et 30 ans ; au Kenya 18 % ont moins de 20 ans et 61 % entre 20 et 30 ans (Solo, Billings *et al.*, 1999).

La morbidité consécutive aux avortements est importante et ce risque est particulièrement élevé chez les femmes jeunes qui recourent essentiellement à des méthodes traditionnelles ou à des médicaments utilisés en surdosage.

¹ Des thérapeutes traditionnels qui soignent par des plantes, des gris-gris, parfois par la prière...

Des complications parfois mortelles...

L'OMS estime que 20 millions d'avortements à risque se produisent chaque année (soit un avortement à risque pour 10 grossesses), dont 95 % dans les pays en développement et qu'environ 80 000 femmes décèdent chaque année de complications de ces avortements (World Health Organisation, Maternal and new born Health *et al.*, 1998). En Afrique, on estime à 5 millions le nombre d'avortements à risque avec une mortalité due à ces avortements variant de 24 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique du Nord, à 121 pour l'Afrique de l'Ouest et 153 pour l'Afrique de l'Est (tableau 2).

L'avortement est dans bon nombre de pays en développement une cause importante de mortalité maternelle : sa mesure est certainement sous estimée. Au Zimbabwe, une étude menée en zone rurale (dans la province de Masvingo) et dans la ville d'Harare sur les décès maternels conclut que les infections post-abortum sont la deuxième cause de décès et représentent 15 % de ces décès à Masvingo et 23 % à Harare (Fawcus, Mbizvo *et al.*, 1996). En Afrique du Sud, une étude multicentrique menée avant la libéralisation de l'avortement dans 56 hôpitaux publics de 9 provinces, a montré la forte incidence de la morbidité et de la mortalité associée aux avortements incomplets (Rees, Katzenellenbogen *et al.*, 1997), et en Ouganda, à l'hôpital de Mulago, 35 % des décès maternels sont dus à l'avortement (Mbonye, 2000).

Tableau 2 : Estimation de l'incidence et de la mortalité des avortements à risque, régions des Nations unies (1995-2000)

	Nombre estimé d'avortements à risque (en milliers)	Taux d'avortements à risque (1)	Ratio d'avortements à risque (2)	Nombre estimé de décès dus à des avortements à risque	Taux de mortalité (3)	% de décès maternels dus à des avortements à risque
AFRIQUE	5 000	27	16	34 000	110	13
Afrique de l'est	1 900	36	19	16 000	153	14
Afrique Centrale	600	28	14	4 000	98	10
Afrique du Nord	600	15	13	1 200	24	7
Afrique du Sud	200	16	13	800	49	19
Afrique de l'Ouest	1 600	31	16	12 000	121	12
ASIE*	9 900	11	13	38 500	48	12
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBE	4 000	30	36	5 000	41	21

(1) Nombre d'avortements à risque pour 1000 femmes de 15 à 49 ans - (2) Nombre d'avortements à risque pour 100 naissances vivantes- (3) Nombre de décès dus à des avortements à risque pour 100 000 naissances vivantes - *toute l'Asie sauf le Japon

Source : World Health Organisation *et al.*, 1998.

En Égypte, la mortalité maternelle attribuée aux avortements se situe entre 2,1 et 9,8 % de tous les décès maternels (Lane, Jok *et al.*, 1998) ; à Illorin, au Nigeria, ces avortements sont lourds de conséquences puisque 90,3 décès se sont produits pour 1000 avortements alors que dans les pays en développement on estime cette proportion à un décès pour 1000 à 2000 avortements (Anate, Awoyemi *et al.*, 1995). À Abidjan, 3,6 % des femmes sont décédées à l'hôpital des suites des complications de ces avortements : la majorité de ces décès sont consécutifs à l'ingestion d'infusions à base de plantes pour avorter (Goyaux, Yace-Soumah *et al.*, 1999) et au Bénin, Sénégal, et Cameroun, le taux de létalité des avortements provoqués est de 2,3 %, variant entre 1,8 % au Bénin, 2,8 % au Sénégal et 4,1 % (Goyaux, Alihonou *et al.*, 2001).

Le profil des femmes qui ont recours à l'avortement

L'avortement est pratiqué aussi bien par des femmes mariées pour espacer les naissances ou limiter la taille de leur famille que par des adolescentes qui veulent « éviter » une grossesse non prévue (Mundigo and Shah, 1999). Les adolescentes n'ont pas toujours une autonomie suffisante pour gérer leur sexualité et demander ou imposer à leur partenaire le recours à une méthode préventive aussi bien pour les infections sexuellement transmissibles que les grossesses. Une étude à Dar-es-Salaam auprès de ces jeunes femmes a souligné leurs difficultés à convaincre leur partenaire d'utiliser des préservatifs, surtout dans le cas de relations sexuelles avec des hommes plus âgés : l'avortement est utilisé comme une méthode de contraception face aux barrières culturelles et logistiques d'accès à la contraception (Silberschmidt and Rasch, 2001). En Tunisie, l'âge moyen à l'avortement se situerait autour de 30 ans, cette pratique semble fréquente chez les jeunes femmes célibataires, « les relations sexuelles pré-nuptiales étant socialement prohibées et condamnées » (Gastineau, 2002).

Au Gabon, 15 % des femmes ont avorté au moins une fois ; cette proportion est faible (4 %) chez les femmes de moins de 20 ans et varie entre 15 et 23 % pour celles plus âgées. La prévalence de l'avortement est deux fois plus élevée en zone urbaine (17 %) que rurale (9 %) et progresse avec le niveau d'instruction des femmes, presque trois fois plus de femmes de niveau secondaire (19 %) ont eu au moins un avortement comparées à celles sans instruction (7 %) (Barrère, 2001).

Au Togo, l'avortement est plus fréquent chez les femmes âgées de 25 à 39 ans, d'un niveau d'instruction primaire, mariées et qui résident en milieu urbain (URD, 2001). A Bamako et à Abidjan, des enquêtes menées dans les centres de santé montrent que l'avortement concerne surtout les femmes de moins de 25 ans, célibataires et d'un niveau d'instruction élevé (Guillaume, 1999 ; Konate, Sissoko *et al.*, 1999). Dans différentes régions de Côte d'Ivoire l'avortement est généralement plus important chez

les femmes de moins de 35 ans et les plus instruites ; par contre, le recours à l'avortement est plus fréquent, selon les régions, soit chez les femmes en union soit chez celles hors union (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Différentes études menées en Égypte mettent l'accent sur une prévalence plus élevée de l'avortement chez les femmes en zone urbaine, issues des classes sociales élevées, comparativement à celles des classes sociales inférieures (Lane, Jok *et al.*, 1998).

Deux études menées au Cameroun soulignent la forte prévalence de l'avortement chez les adolescentes : la première souligne que près de 50 % de ces femmes qui avaient eu un avortement étaient des adolescentes, plus de la moitié de ces jeunes femmes étaient célibataires et 21 % nullipares (Leke, 1998) ; la seconde révèle que parmi les femmes qui ont eu au moins une grossesse, 9 % de celles âgées de 12 à 17 ans et 20 % de celles de 18 à 22 ans ont déclaré un avortement, 19 % parmi celles encore scolarisées (Meekers et Calves, 1997).

Ces études sur l'avortement confirment l'existence de situations très différentes dans le recours à l'avortement et ses conséquences : les adolescentes sont plus exposées aux risques associés à ces avortements qu'elles pratiquent avec des méthodes peu sûres et à des durées de grossesses plus tardives. L'avortement est plus fréquent en zone urbaine et chez les femmes les plus instruites dans bon nombre de pays. Il est possible que, pour ces femmes éduquées et résidant en ville, le contrôle social soit moins fort et qu'elles avouent plus facilement un avortement, une pratique souvent condamnée par la société. De plus, en ville, « l'offre » en matière d'avortement est certainement plus répandue qu'en zone rurale, qu'il s'agisse de l'offre médicale formelle ou informelle, de la pharmacopée traditionnelle ou de toute une gamme de produits réputés abortifs.

Les raisons de l'avortement

Les raisons du recours à l'avortement sont assez peu documentées. Il est donc difficile d'avoir une vision synthétique de cette question car ces raisons ne sont pas toutes exprimées de la même manière dans les différentes enquêtes.

Les motivations des femmes dépendent de leur situation socio-économique et de l'acceptation sociale de la sexualité chez les adolescentes et des grossesses hors mariage, mais aussi du contexte politique et sanitaire, notamment de la législation sur l'avortement et des conditions d'accès à la planification familiale.

Dans un article sur les raisons de l'avortement dans différents pays d'Asie, d'Afrique sub-saharienne, d'Amérique latine et dans 4 pays développés, A. Bankole *et al.* (1998) soulignent la diversité de ces raisons de l'avortement : un besoin de planification familiale, des raisons économiques, la poursuite des études, des problèmes de couple ou pour faire accepter cette grossesse, des risques pour la santé de la femme (et parfois le fœtus). A.A. Olukoya *et al.* (2001), à propos de l'avortement chez les adolescentes

dans les pays en développement, mentionnent neuf raisons expliquant ce recours : la crainte de l'expulsion de l'école, des raisons économiques, une condamnation sociale d'une grossesse pré-nuptiale, une relation non stable avec un partenaire, un échec de contraception, un viol ou un inceste, avoir un enfant précédant trop jeune, ne pas aimer le père de l'enfant ou avoir été forcée à avorter (Olukoya, Kaya *et al.*, 2001).

L'avortement : un moyen d'espacement ou de limitation des naissances ?

L'avortement est fréquemment justifié par un besoin d'espacer ou de limiter sa descendance (tableau 3) et soulève le problème de l'accès à la planification familiale : l'avortement est plus fréquemment utilisé pour gérer l'espacement des naissances que pour les limiter. Près de la moitié des femmes en Zambie déclarent avoir eu recours à l'avortement pour espacer les naissances et un peu plus d'un quart au Bénin pour les limiter. Dans différentes régions de Côte d'Ivoire (Aboisso, Tanda et le Centre Nord) entre 15 et 18 % des femmes déclarent avoir pratiqué un avortement pour limiter leur descendance, alors qu'à Abidjan, elles ne sont que 9 % à l'avoir fait pour ce motif (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Dans l'enquête à Bamako, entre 16 et 20 % des femmes déclarent avoir avorté car elles ne voulaient pas d'enfants (Konate, Sissoko *et al.*, 1999), et au Togo 18 % citent cette raison (URD, 2001).

L'environnement social ou familial

L'environnement social et familial des femmes et leur situation matrimoniale sont des facteurs qui expliquent le recours à l'avortement. Les problèmes de couples, de relations avec le partenaire qui ne désire pas cette grossesse restent une cause importante d'avortement surtout au Nigeria (tableau 3).

Dans une étude en Éthiopie, E. Tadesse *et al.* (2001) montrent que, parmi 1290 cas d'avortements provoqués (pour 100 cas avec des réponses non exclusives), dans 43 % des cas le père ne veut pas un enfant maintenant et dans 9 % n'en veut plus d'autres ; la peur des réactions de la société est mentionnée dans 42 % des cas, et les problèmes domestiques dans 28 % des cas. Dans les enquêtes menées auprès de consultantes en Côte d'Ivoire, les raisons de l'avortement ont été détaillées : dans 11 % des cas la femme a avorté car elle n'était pas mariée ou se trouvait dans une union instable, 10 % l'ont fait car le père refusait de reconnaître l'enfant, 12 % à la demande du partenaire, et 5 % pour des problèmes de couples. La crainte d'un scandale (7 %) et celle de la réaction des parents (19 %) expliquent également ce recours à l'avortement.

Tableau 3 : Principales raisons du recours à l'avortement dans différents pays⁺

Pays	Année enquête	Espacer les naissances	Limiter les naissances	Problèmes de couples, de relation avec le partenaire, refus de l'enfant par le partenaire	Trop jeune pour avoir un enfant, parents ou autres personnes opposés à cette grossesse
Benin	1993	8,3	26,9	13,9	22,2
Côte d'Ivoire (2)					
Abidjan	1998	3,2	8,7		
Togo (3)	2001	23,6	18,0	6,1	7,1
Nigeria (1)	1992	19,1	2,1	Na	20,0
Nigeria (1)	1996	8,6	5,7	31,9	2,1
Gabon (4)	2001	12,2	6,1		
Éthiopie* (5)	1990-91	83,6	17,4		
Zambie (1)	1985-86	49,6	3,8	1,9	Na

+ toutes les raisons ne sont pas citées (% < à 100)
 * Pourcentage de grossesses terminées pour cette raison
 Sources : (1) Cité par Bankole *et al.*, 1998, (2) (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999), (3) (URD, 2001), (4) (Barrère, 2001), (5) (Tadesse, Yoseph *et al.*, 2001)

Dans l'étude menée à Bamako les trois principales raisons mentionnées par les femmes pour expliquer leur avortement sont : le célibat (entre 38 et 64 % des réponses), une pression familiale (entre 31 et 45 %) et la rupture avec leur partenaire (entre 1,7 et 15 % des réponses) (Konate, Sissoko *et al.*, 1999), révélant ainsi les contraintes sociales que subissent ces jeunes femmes.

Ces motifs soulèvent différents problèmes, notamment le rôle des hommes dans les décisions de fécondité et plus généralement le droit et la liberté de choix accordés aux femmes de poursuivre leur grossesse.

Rôle des contraintes économiques et scolaires dans la décision d'avorter

L'avortement est parfois dû à des problèmes économiques : un manque de ressources ou l'incompatibilité entre l'exercice de l'activité économique et l'élevage d'un enfant.

Dans l'étude menée par A. Bankole *et al.* (1998), plus de la moitié des femmes au Kenya, entre 30 et 40 % en Zambie et au Nigeria, et 13 % au Bénin justifient leur avortement par des raisons scolaires ou des difficultés pour poursuivre leur activité économique.

En Côte d'Ivoire, les problèmes économiques expliquent le recours à l'avortement de 15 % des femmes à Abidjan, et entre 6 et 21 % dans les différentes régions expliquent leur avortement par le « manque de moyen » pour assumer le coût d'un enfant supplémentaire. Les femmes à Abidjan et Niakaramandougou justifient également leur avortement par leur exercice d'une activité professionnelle (Guillaume *et al.*, 1999).

Des femmes expliquent qu'elles ont interrompu leur grossesse pour pouvoir poursuivre leur scolarité. Dans certains pays africains, les jeunes filles scolarisées étaient exclues du système scolaire en cas de grossesse ; les législations se sont assouplies, mais les jeunes femmes n'ont souvent pas les moyens, ni l'environnement familial adéquat pour assumer la charge d'un enfant.

La question de la poursuite des études fait partie des principaux motifs d'avortement. Dans différentes régions de Côte d'Ivoire, cette raison est mentionnée par 11 à 55 % des femmes et par 19 % de celles à Abidjan : plus de la moitié des femmes qui mentionnent les études comme motif d'avortement sont d'un niveau scolaire du deuxième cycle du secondaire ou du supérieur. Dans l'étude menée auprès de consultantes à Bamako, les « contraintes scolaires » font partie des trois principales raisons justifiant l'avortement et, au Togo, elles sont mentionnées par près d'un tiers des femmes de moins de 20 ans et 19 % des femmes de 20-24 ans (Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; URD, 2001).

Cette pratique de l'avortement chez les jeunes femmes scolarisées est très fréquente ; ainsi, L. Zabin et K. Kiragu (1998) déclarent que dans beaucoup de pays africains la majorité des femmes qui avortent sont des adolescentes qui veulent continuer leurs études ou leur travail et attendent, pour avoir un enfant, de pouvoir l'assumer économiquement. Au Nigeria, en 1986, une enquête menée auprès de femmes de 14 à 25 ans révèle que près de la moitié des étudiantes ont eu une grossesse qui s'est terminée par un avortement (Nichols, Woods *et al.*, 1986) ; au Bénin, en 1988, 80 % des étudiantes enquêtées dans le cadre d'études supérieures ont eu au moins un avortement et en Ouganda 79 % des femmes admises à l'hôpital pour des avortements étaient encore scolarisées (Avodagbe, 1988, Mirembe, 1994, cités par Zabin et Kiragu, 1998).

La question de l'avortement chez les adolescentes pour des motifs scolaires est préoccupante : une sensibilisation des jeunes en période scolaire est nécessaire pour éviter ces grossesses non prévues et les risques associés à ces pratiques abortives.

L'avortement pour préserver la santé de la femme ?

Selon leur législation sur l'avortement 24 pays l'autorisent si la santé physique ou mentale de la femme est menacée : seulement 3 % des femmes en Zambie, entre 2 et 4 % au Mali (Konate, Sissoko *et al.* 1999), 6 % au Gabon (Barrère, 2001), 15 % des femmes au Togo (URD, 2001) et 20 % des femmes au Kenya mentionnent cette raison d'avortement.

Quand les femmes mentionnent des raisons de santé pour avoir avorté, il s'agit généralement d'une perception qu'elles ont de leur état de santé plutôt que d'une indication médicale justifiant l'interruption de la grossesse : le manque de suivi

prénatal et de procédures performantes de dépistage prénatal limite, en effet, le dépistage des grossesses à risque.

Cette multiplicité des raisons d'avortement montre les difficultés à accepter une grossesse non prévue, mais aussi celles de l'accès à la planification familiale pour certaines femmes.

Avortement et contraception : une relation complexe

L'avortement est une méthode ancienne de régulation de la fécondité qui se pratiquait bien avant l'apparition des méthodes de contraception. Par exemple, l'ex-Union soviétique a légalisé l'avortement dans les années 1920 et les pays d'Europe de l'Est dans les années 1950 ; il était utilisé pour réguler leur fécondité, la contraception n'étant pas disponible dans ces pays. Le développement des programmes de planification familiale n'a pas toujours eu l'effet escompté d'une disparition du recours à l'avortement : certaines grossesses non prévues surviennent encore chez des femmes qui ne se croyaient pas exposées au risque d'une grossesse ou en cas d'absence ou d'échec d'une contraception. Les besoins d'espacement ou de limitation des naissances mentionnés comme raisons d'avortement illustrent bien la complexité de la relation entre avortement et contraception, bien que la décision de recourir à un avortement ne soit pas forcément de même nature que celle d'utiliser la contraception (Toulemon et Leridon, 1992).

L'avortement en réponse à un échec de contraception ou en remplacement de la contraception ?

A partir d'une étude en France, H. Leridon a montré que « plus on utilise la contraception, moins on aura de grossesses accidentelles mais plus on recourra à l'interruption de grossesse si celle-ci survient » (Leridon, 1987). La forte prévalence des méthodes naturelles de contraception, presque 30 % dans certains pays africains, contribue à expliquer certains de ces échecs contraceptifs (voir chapitre précédent), échec dû en partie à la méconnaissance par les femmes de leur période féconde.

Au Mali, la survenue d'une grossesse non désirée s'explique pour les femmes qui utilisaient une contraception avant l'avortement par un arrêt de cette méthode (61 % des cas) ou son échec (39 % des cas) (Konate, Sissoko *et al.*, 1999). Au Togo, la moitié des femmes pratiquaient une contraception avant l'avortement : 58 % utilisaient

une méthode naturelle et parmi les utilisatrices de méthodes modernes 11 % utilisaient le DIU ou l'injection, 15 % la pilule et 16 % le préservatif (URD, 2001). Au Kenya, 70 % des femmes admises à l'hôpital pour des complications d'avortements utilisaient une contraception quand elles sont tombées enceintes : 47 % la pilule et 19 % la continence périodique (Solo, Billings *et al.*, 1999). En Côte d'Ivoire, 61 % des femmes n'avaient pas de contraception avant la grossesse qu'elles ont interrompue, un quart des femmes utilisaient une méthode naturelle et 14 % une méthode moderne (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Au Cameroun près de la moitié des femmes qui ont eu un avortement n'avait pas de contraception au moment de cette grossesse non prévue, environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9 % allaitaient encore leur enfant. (Leke, 1998).

L'avortement est aussi utilisé à la place de la contraception par les femmes qui n'ont pas accès à la planification familiale, notamment les adolescentes comme cela a été souligné au Kenya (Ankomah, Aloo-Obunga *et al.*, 1997). Certaines femmes préfèrent avorter plutôt que d'utiliser une contraception dont elles craignent les effets secondaires, ou sont opposées à son utilisation jugée contraignante (Silberschmidt et Rasch, 2001), ou parce que ces méthodes contraceptives présentent des risques sur leur fécondité à venir, risques dont l'avortement semble dénué (Otoide, Oronsaye *et al.*, 2001).

L'expérience d'un avortement amène-t-elle à la pratique de la contraception ?

L'utilisation de la contraception après un avortement suppose que les femmes reçoivent des conseils après leur avortement, conseils absents ou limités dans les pays où il est pratiqué clandestinement.

Au Mali, 45 % des femmes utilisent une méthode après un avortement, soit deux fois plus qu'avant leur avortement (23 % d'utilisatrices) (Konate, Sissoko *et al.*, 1999) ; au Togo, la proportion d'utilisatrices de contraception progresse de 20 % avant l'avortement à 51 % après (URD, 2001). En Côte d'Ivoire, la prévalence contraceptive avant et après l'avortement augmente globalement puisqu'elle passe de 25 à 31 % pour les méthodes naturelles et de 14 à 34 % pour les méthodes modernes. Parmi les utilisatrices de méthodes modernes, 47 % maintiennent cette pratique malgré leur échec, une femme sur cinq adopte une méthode naturelle et un tiers abandonne toute contraception ; par contre parmi les non utilisatrices seulement 47 % n'adoptent pas de contraception. L'avortement induit quelques changements dans la prévention des grossesses non prévues bien que deux tiers des femmes n'aient reçu aucun conseil après leur avortement (Guillaume, 1999).

Des expériences de prise en charge post-abortum ont cependant été développées, même dans des pays où l'accès légal à l'avortement est très restrictif (comme au Sénégal et au Kenya), pour améliorer les traitements de complications : par exemple

en introduisant les méthodes d'aspiration à la place du curetage, mais ces mesures sont insuffisamment développées. Si la pratique contraceptive s'améliore légèrement après l'expérience d'un avortement, elle reste insuffisante et va contribuer à des avortements à répétition avec tous les risques inhérents à cette pratique.

Conclusion

En Afrique, le recours à l'avortement est important, bien qu'il soit difficile d'en mesurer l'ampleur réelle vu la rareté et l'insuffisance (manque de complétude) des données disponibles. Les législations de l'avortement restent encore très restrictives puisque seulement trois pays africains l'autorisent à la demande. Les restrictions législatives dans l'accès à l'avortement sont associées à une morbidité et une mortalité élevées consécutives à des avortements à risque (Singh et Ratnam, 1998). Le déterminant le plus important de l'impact de l'avortement sur la santé des femmes est le statut légal de l'avortement (Anderson, 1998).

L'avortement reste en Afrique un moyen d'espacer les naissances ou de limiter la descendance, utilisé parfois comme substitut de la contraception lorsque les femmes n'y ont pas accès ou en complément de la contraception en cas d'échec de la méthode utilisée (Mundigo and Indriso, 1999). La pratique de l'avortement révèle des besoins non satisfaits en planification familiale qui exposent les femmes à des risques sanitaires importants. La situation des adolescentes est à cet égard éloquente : souvent exclues de la population cible des programmes de planification familiale, elles n'ont que l'avortement pour éviter une grossesse non prévue et retarder leur entrée en parentalité.

Les législations relatives à l'avortement doivent être assouplies pour éviter les pratiques d'avortements clandestins. Cette question de la libéralisation de l'avortement est un sujet sensible tant pour des considérations morales, qu'éthiques ou religieuses. Il est important de sensibiliser les gouvernements afin de leur montrer toutes les conséquences des avortements à risque pour la santé des femmes, ainsi que le coût pour les systèmes de santé de la prise en charge des complications des avortements. L'interdiction de l'avortement n'empêche pas sa pratique mais implique des procédés à risque. Il importe de sensibiliser également les personnels de santé à ces questions et de les former pour une meilleure prise en charge post-abortum et éviter les avortements répétitifs.

Bibliographie

- AGUNKE A., MESSAN A. *et al.*, 1999 - Enquête Démographique et de santé Togo - 1988. Abidjan-Calverton, Institut de recherche Démographique, Direction de la Statistique, Direction générale de la Santé, Macro International Inc., 169.
- ANATE M., AWOYEMI O. *et al.*, 1995 - "Induced abortion in Illorin, Nigeria". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 49 : 197-198.
- ANDERSON D., 1998 - Abortion, women's health and fertility. Liège, IUSSP. Policy and research papers, 21.
- ANIPAH K., GORA M. *et al.*, 1999 - Enquête Démographique et de santé Togo - 1998. Abidjan-Calverton, Ministère de la planification et du développement économique, Direction de la Statistique, Macro International Inc., 287.
- ANKOMAH A., ALOO-OBUNGA C. *et al.*, 1997 - "Unsafe abortion : method used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima and Manila". *Health Care for Women International*, 18 : 43-53.
- ANOH A., 2000 - Les concepts d'offre, de demande et de besoin de planification familiale. Quel sens en retenir et pour quel objectif ? Colloque jeunes chercheurs sur "Démographie : Nouveaux champs, nouvelles recherches", Paris, CERPOS, Université de Paris X-Nanterre.
- BANKOLE A., SINGH S. *et al.*, 1998 - "Reasons Why Women Have induced Abortion: Evidence from 27 countries". *International Family Planning Perspectives*, 24 (3) : 117-127&152.
- BARRERE M., 2001 - Avortement. Enquête Démographique et de santé Gabon 2000. F. DGSEE, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA : 86-98.
- BLAYO C., 1998 - Mourir d'avortement. Facteurs politiques et sociaux. Morbidité, mortalité : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective (Colloque international de Sinaia, 1996). AIDLEF, Paris, PUF : 318-326.
- DEHNE K.L., 1999 - "Abortion in the North of Burkina Faso". *African journal of Reproductive Health*, 3 (2) : 40-50.
- DESGREES DU LOU A., MSELLATI P. *et al.*, 1999 - "L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité ?" *INED, Population*, 54 (3) : 427-446.
- FAWCUS S., MBIZVO M. *et al.*, 1996 - "A community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe". *Studies in Family Planning*, 27 (6) : 319-327.
- GASTINEAU B., 2002 - Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne. in Santé de la Reproduction en Afrique. Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B., Koffi N. Abidjan, Côte d'Ivoire : 243-265.
- GAUTIER A., 2002 - Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction. New York. Contribution à la 35^{ème} session de la Commission de la Population et du Développement de l'ONU, 11.

- GOYAUX N., ALIHONOU E. *et al.*, 2001 - "Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries: a hospital-base study among WHO collaborating centers". *Acta obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 80 : 568-573.
- GOYAUX N., YACE-SOUMAH F. *et al.*, 1999 - "Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast)". *Contraception*, 60 (2) : 107-109.
- GUENGANT J.-P., 2002 - The proximate determinants during the fertility transition. Expert group meeting on completing the fertility transition, New York, Population Division - Department of Economic and Social Affairs - United Nations Secretariat.
- GUENGANT J.-P. and MAY J.F., 2001 - Impact of the proximate determinants on the future course of fertility in sub-Saharan Africa. Workshop on prospects for fertility Decline in high fertility countries, New York, Population Division - Department of Economic and Social Affairs - United Nations Secretariat.
- GUILLAUME A., 1999 - Planification familiale et pratique de l'avortement : une étude dans quatre FSU-Com d'Abidjan. Rapport d'enquête. Abidjan, ENSEA-IRD, 59.
- GUILLAUME A., 2003 - "Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990". *Population*, 58 (6) : 741-771.
- GUILLAUME A. and DESGREES DU LOU A., 2002 - "Contraception and/or abortion ? A study of Fertility Regulation Strategies among Abidjan Women". *International Family Planning Perspectives*, 28 (3) : 159-166.
- GUILLAUME A., DESGREES DU LOU A. *et al.*, 1999 - Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire. Abidjan, ENSEA-IRD, 50 p.
- GUTTMACHER S., KAPADIA F. *et al.*, 1998 - "Abortion reform in South Africa: A case study of the 1996 choice on termination of pregnancy act". *International Family Planning Perspectives*, 24 (4) : 191-4.
- HENSHAW S.K., SINGH S. *et al.*, 1999 - "Recent trends in Abortion rates worldwide". *International Family Planning Perspectives*, 25 (1) : 44-51.
- HUNTINGTON D., 1997 - Abortion in Egypt. Seminar "Cultural Perspectives on reproductive Health", June 16-19, Rustenburg, South Africa, IUSSP.
- JUSTESEN A., KAPIGA S.H. *et al.*, 1992 - "Abortion in Hospital setting: hidden realities in Dar es Salaam Tanzania". *Studies in Family Planning*, 23 (3) : 325-3329.
- KONATE M.K., SISSOKO F. *et al.*, 1999 - Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD, 91.
- KOSTER-OYEKAN W., 1998 - "Why resort to illegal abortion in Zambia ? Findings of a community-based study in western province". *Soc. Sci. Med.*, 46 (10) : 1303-1312.
- LANE S., JOK J. *et al.*, 1998 - "Buying safety: the economics of reproductive risk and abortion in Egypt". *Soc. Sci. Med.*, 47 (8) : 1089-99.
- LEKE R.J., 1998 - Les adolescents et l'avortement. Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique. B. Kuate-Defo. Montréal, Ediconseil Inc. : 297-306.
- LERIDON H., 1987 - La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Paris, INED-PUF.
- Mbonye A., 2000 - "Abortion in Uganda: magnitude and implications". *African journal of Reproductive Health*, 4 (2) : 104-108.
- MCLAREN A., 1990 - A history of contraception. From antiquity to the present day. USA, Blackwell Oxford UK and Cambridge.

- MEEKERS D. and Calves A., 1997 - Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon. *Working paper n°4*. Washington, PSI Research division, 50.
- MUNDIGO A.I. and INDRISO C., 1999 - Abortion in the developing world. New Dehli, OMS.
- MUNDIGO A I. and SHAH I.H., 1999 - Policy Impact of Abortion Research. Abortion in the developing world. Mundigo A.I. and Indriso C. New Delhi, World Health Organization : 477-488.
- NICHOLS D., WOODS E.T. *et al.*, 1986 - "Sexual behaviour, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescent". *Studies in Family Planning*, 17 (2) : 100-106.
- OLUKOYA A.A., KAYA A. *et al.*, 2001 - "Unsafe abortion in adolescent". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 : 137-147.
- OTOIDE V.O., ORONSAYE F. *et al.*, 2001 - "Why Nigerian Adolescents seek abortion rather than contraception:evidence from focus-group discussion". *International Family Planning Perspectives*, 27 (2) : 77-81.
- REES H., KATZENELLENBOGEN J. *et al.*, 1997 - "The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. National Incomplete Abortion Reference Group". *South African Medical Journal*, 87 (4) : 432-437.
- ROGO K., 1991 - Induced abortion in sub-saharan Africa. Nairobi, 31.
- SILBERSCHMIDT M. and RASCH V., 2001 - "Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents". *Social Science Medicine*, 52 : 1815-1826.
- SINGH S. and DEIRDRE W., 1991 - "Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, Using hospital admissions and fertility survey data". *Studies in Family Planning*, 17 (1) : 8-13.
- SINGH S. and RATNAM S., 1998 - "The influence of abortion legislation on maternal mortality". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63 (suppl. 1) : S123-S129.
- SINGH S. and SEDGH G., 1997 - "The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico". *International Family Planning Perspectives*, 23 (1) : 4-14.
- SINGH S. and WULF D., 1994 - "Estimated levels of Induced Abortion in six latin American Countries". *International Family Planning Perspectives*, 20 : 4-13.
- SOLO J., BILLINGS D. *et al.*, 1999 - "Creating Linkages Between Incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya". *Studies in Family Planning*, 30 (n°1) : 17-26.
- STRICKLER J., HEIMBURGER A. *et al.*, 2001 - "Clandestine abortion in Latin America: a clinic profile". *International Family Planning Perspectives*, 27 (1) : 34-36.
- TADESSE E., G. YOSEPH A. *et al.*, 2001 - "Illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia". *East African medical journal*, 78 (1) : 25-29.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999 - Sharing responsibility women society and abortion worldwide. New York, The Alan Guttmacher Institute, 66.
- TOULEMON L. and LERIDON H., 1992 - "Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements". INED, *Population*, 47 (1) : 1-46.
- URD, 2001 - Avortement au Togo. Lomé, Togo, UERD, 13.

WORLD HEALTH ORGANISATION, MATERNAL AND NEW BORN HEALTH *et al.*, 1998 - Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva, World Health Organisation, 109.

ZABIN L. and KIRAGU K., 1998 - "The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa". *Studies in Family Planning*, 29 (2) : 210-232.

**L'infection à VIH dans ses liens
avec la fécondité et la santé de l'enfant**

Sida et fécondité

Annabel Desgrées du Loû

Les relations entre Sida et fécondité sont de deux ordres : elles mettent en jeu d'une part les interactions biologiques entre l'infection par le VIH et la fertilité ou la fécondité de la femme et de l'homme, mais aussi les comportements de procréation des couples face à la menace du Sida. Nous présentons ici tout d'abord les interactions biologiques entre infection par le VIH et fécondité, puis les relations entre l'épidémie de Sida et les comportements de procréation, avant de conclure sur les conséquences sur les populations de cet ensemble complexe de relations qui existent entre Sida et fécondité.

Relation VIH/Sida-fertilité-fécondité : les effets biologiques

Plusieurs études menées dans divers pays africains (Kenya, Zaïre, Gabon, Ouganda, et en Côte d'Ivoire par une équipe française) ont montré que l'infection par le VIH s'accompagne d'une baisse de la fécondité. Chez les hommes, l'infection VIH, au stade symptomatique, entraîne une baisse de la capacité fécondante du sperme (Setel, 1995). Parallèlement, chez les femmes, l'infection par le VIH augmente le risque d'avortement spontané, et diminue la fertilité : à pratique contraceptive et activité sexuelle égales, les femmes infectées par le VIH mettent plus de temps à démarrer une grossesse que les femmes non infectées. A Abidjan, Yaoundé, Kisumu et Ndola, des études similaires ont montré que les intervalles entre deux grossesses étaient plus longs chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes non infectées, toutes choses étant égales par ailleurs, avec des réductions de 16 à 26 % du risque de commencer une nouvelle grossesse chez les femmes VIH+ (Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Glynn *et al.*, 2000). En Italie, une étude a estimé que le risque de fausse couche est augmenté de 67 % chez les femmes infectées par le VIH (D'Ubaldo *et al.*, 1998). Cet effet délétère du VIH sur la fécondité semble d'autant plus important que la femme est infectée depuis plus longtemps. On a un moment pensé que c'était l'association entre MST et VIH qui expliquait cette sous fécondité des femmes VIH+, car certaines MST sont connues pour être des causes d'infécondité et l'infection par le VIH est

fréquemment associée à des infections par les MST. Cependant, les quelques études qui ont pu prendre en compte ces infections par les MST ont montré qu'une sous fécondité des femmes VIH+ existait indépendamment de l'infection par les MST (Gray *et al.*, 1998). Bien que la façon dont le virus du VIH agit biologiquement sur la fécondité des hommes et des femmes soit encore très mal connue, il semble donc bien aujourd'hui qu'on puisse confirmer l'hypothèse selon laquelle l'infection par le VIH a des retentissements biologiques sur la fécondité des hommes et des femmes, en diminuant légèrement la fertilité des couples, c'est-à-dire la capacité des femmes à commencer une grossesse, puis, lorsque cette grossesse est commencée, en augmentant le risque de fausse couche.

Au niveau de la population, ces différences de fécondité entre femmes infectées et femmes non infectées apparaissent différemment selon l'âge des femmes. Chez les très jeunes femmes, ce sont les femmes infectées par le VIH qui apparaissent les plus fécondes : cela s'explique par le fait que ces jeunes femmes infectées par le VIH sont susceptibles d'avoir eu une activité sexuelle plus précoce et moins protégée que les femmes du même âge non infectées, et elles ont donc été plus « soumises au risque d'être enceintes » que ces dernières. Parallèlement, l'infection par le VIH aux jeunes âges est récente et on pense donc qu'elle n'a pas eu le temps d'agir sur la fertilité des femmes. Chez les femmes plus âgées, la tendance s'inverse, les femmes infectées par le VIH ont une fécondité nettement inférieure aux femmes non infectées : les différences d'activité sexuelle à ces âges sont moindres, et l'infection par le VIH, plus ancienne que chez les très jeunes femmes, agit alors sur la fertilité (Zaba et Gregson, 1998). On peut ainsi estimer, à partir des différentes études africaines disponibles, que la réduction de la fécondité totale chez les femmes infectées par le VIH par rapport aux femmes non infectées serait comprise entre 25 et 40 % selon les pays et les populations (Zaba et Gregson, 1998).

Cependant, dans les pays africains, un autre aspect doit être pris en compte : la lutte contre le VIH/Sida s'accompagne d'une lutte contre les MST, car ces maladies favorisent l'infection par le VIH. Or, dans de nombreux pays africains, la forte prévalence des MST, maladies répandues et peu ou mal soignées, en particulier à cause de leur caractère asymptomatique chez la femme, est à l'origine d'une certaine infécondité. La prise en charge des MST, via les programmes de lutte contre le Sida, est susceptible de réduire cette infécondité liée aux MST et donc d'aller dans le sens d'une augmentation de la fécondité au niveau de la population générale.

Influences du VIH/Sida sur les comportements de fécondité

Dans la population générale

Des changements de comportements peuvent être induits par l'épidémie de Sida et les campagnes de prévention qu'elle suscite et avoir des retentissements sur la fécondité des individus, parfois de façon involontaire : tout d'abord, chez les personnes infectées par le VIH et développant la maladie, l'activité sexuelle va être moins fréquente, voire nulle lorsque le partenaire est lui-même décédé du Sida. D'autre part, dans certains pays comme l'Ouganda, on a observé que les jeunes filles commencent les relations sexuelles et se marient plus tard qu'auparavant, et ce à cause de la peur du Sida (Mukisa-Gapere and Ntozi, 1995). La tradition selon laquelle l'épouse d'un homme décédé doit se remarier avec le frère de ce dernier est battue en brèche, dans de nombreux pays, par peur que ces veuves soient porteuses du virus. Enfin on peut s'attendre à une augmentation des divorces et séparations en cas d'infidélité conjugale, le Sida engendrant une moins grande « tolérance conjugale ». Tous ces changements iraient dans le sens d'une baisse de la fécondité. Parallèlement, les programmes de lutte contre le VIH/Sida, dans la mesure où ils préconisent la protection des rapports sexuels ou l'abstinence, pourraient aussi tendre à diminuer la fécondité des individus. En pratique, les différentes enquêtes menées sur les comportements sexuels ont montré d'une part que ces conseils étaient dans l'ensemble malheureusement peu suivis, et d'autre part, lorsque le préservatif est utilisé, qu'il l'est essentiellement dans le cadre de relations sexuelles perçues comme « à risque » (relations occasionnelles, avec des prostituées...). Le préservatif reste très peu utilisé au sein des couples, et ses répercussions en terme de baisse de fécondité des individus sont sans doute extrêmement marginales.

Par contre l'épidémie de VIH/Sida a un effet indirect, mais non négligeable dans les pays fortement touchés, sur la fécondité, de par le déficit de naissances causé par l'augmentation de la mortalité des adultes en âge de procréer, notamment la mortalité maternelle (voir encadré). A noter que la mortalité infantile due au Sida peut aussi jouer sur la fécondité mais dans le sens contraire : en effet, dans les pays africains, le décès d'un très jeune enfant est souvent suivi rapidement d'une nouvelle grossesse chez la mère. Actuellement en Afrique, très peu de personnes séropositives savent qu'elles sont infectées par le VIH. Une mère qui perd son enfant à cause du Sida ne sait généralement pas que son enfant était infecté et qu'elle risque d'avoir à nouveau un enfant infecté en étant de nouveau enceinte. Les mères d'enfants décédés par le VIH peuvent donc avoir des grossesses plus nombreuses et plus rapprochées que si leur enfant avait vécu.

La mortalité maternelle au temps du Sida

Sophie Le Coeur et Myriam Khat

Dans les pays très touchés par l'épidémie de Sida comme le Botswana, l'Afrique du Sud ou le Rwanda, la mortalité maternelle et la mortalité par Sida sont intimement liées. En effet, les femmes infectées par le VIH sont plus exposées, lorsqu'elles sont immuno-déprimées, aux complications obstétricales infectieuses, potentiellement fatales. De la même façon, les femmes VIH-positives sont susceptibles de développer des maladies mortelles liées au VIH comme la tuberculose ou la pneumonie à *pneumocystis carinii* (PCP), pendant la grossesse ou peu de temps après. Une étude a même récemment montré que, pour les femmes infectées par le VIH, le risque de décès maternel au cours du postpartum était 3 fois plus élevé lorsqu'elles allaitaient leur nouveau-né que lorsqu'elles ne l'allaitaient pas. Or en Afrique, la grande majorité des femmes ne connaissent pas leur statut VIH, et l'allaitement au sein est quasiment universel.

Ainsi, la grossesse pourrait augmenter la mortalité des femmes infectées par le VIH, et inversement, l'infection à VIH pourrait accroître le risque de décès maternel. Cette interaction entre la morbidité maternelle et celle liée au Sida ne peut qu'entraîner une hausse sensible des statistiques de mortalité maternelle dans certains pays, sans que celle-ci ne reflète nécessairement une détérioration du fonctionnement des systèmes de santé.

Au temps du Sida, une vigilance particulière s'impose donc dans l'interprétation des tendances de la mortalité maternelle. S'il est bien sûr primordial d'œuvrer à l'amélioration de la qualité des soins anténataux et obstétricaux, il faut que ce soit dans le cadre d'interventions intégrées mettant l'accent sur la planification familiale, la prévention du VIH et de sa transmission périnatale, et le contrôle des maladies sexuellement transmissibles.

BICEGO G., TIES BOERMA J. and RONSMANS C., 2002 - The effect of Aids on maternal mortality in Malawi and Zimbabwe. *AIDS* 16 : 1078-1081.

KHAN M., PILLAY T., MOODLEY J.M. and CONOLLY C.A., 2001 - Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa. *AIDS* 15 : 1857-1863.

KHLAT M., PICTET G. and LE COEUR S., 2001 - Maternal mortality revisited at the AIDS era : Deaths attributable to childbearing in Brazzaville, 1996. *Afr. J. Rep. Health*, 5, 1 : 56-65.

On le voit, l'épidémie de Sida, parce qu'elle touche la vie sexuelle des individus, a de multiples répercussions, parfois contradictoires les unes les autres, sur la fécondité de ces individus.

Le cas des personnes qui se savent infectées par le VIH

Nous n'avons abordé jusqu'ici que les types de comportements généraux des populations, dans un contexte d'épidémie de Sida. Mais que se passe-t-il, en terme de décision d'avoir des enfants, chez les personnes qui se savent infectées par le VIH ?

On pouvait s'attendre à une réduction volontaire de la fécondité des individus, face à la menace du Sida. En effet, lorsqu'un individu apprend qu'il est infecté par le VIH, le conseil délivré par les équipes de santé est d'utiliser des préservatifs à chaque relation sexuelle, et pour les femmes d'éviter toute nouvelle grossesse pour ne pas donner naissance à un enfant qui pourrait être infecté, ou qui pourrait se retrouver orphelin quelques années plus tard.

Or, les projets qui ont suivi des individus se sachant infectés par le VIH ont tous observé que c'est le contraire qui se passe, dans les pays africains. La plupart des projets de ce type suivent plutôt des femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH à l'occasion d'un test de dépistage prénatal, lors d'une grossesse, dans le cadre d'un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Dans ces différents projets, le dépistage du VIH et l'information qui l'accompagnait (conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, délivrance gratuite des préservatifs et contraceptifs), n'ont pas été suivis d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives par le VIH. Une étude au Rwanda a au contraire montré que les femmes qui avaient moins de quatre enfants se « dépêchaient » alors de faire un autre enfant, comme s'il fallait atteindre un nombre idéal d'enfants, malgré cette découverte de leur infection par le VIH (Allen *et al.*, 1993 ; Keogh *et al.*, 1994). En Côte d'Ivoire, l'équipe franco-ivoirienne a montré que, après la notification à la femme de son statut sérologique, les couples utilisent peu la contraception, et encore moins les préservatifs, surtout lorsque l'homme n'est pas informé de la séropositivité de sa femme. Parmi ces femmes qui se savent infectées par le VIH, seules un peu plus d'un tiers utilisent une contraception l'année suivant la grossesse. Vingt et un pour cent de celles qui ont informé leur partenaire de leur séropositivité utilisent systématiquement le préservatif, et seulement 7 % parmi celles qui n'ont pas informé leur partenaire. L'incidence des grossesses dans les deux ans qui suivent la fin de la grossesse au cours de laquelle les femmes ont appris qu'elles étaient séropositives est très élevée (16,5 %), et cela dans toutes les catégories sociales, et même chez les femmes instruites (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). Il est d'ailleurs intéressant de noter que des résultats similaires ont été observés chez les femmes infectées par le VIH suivies en France, mais originaires d'Afrique de l'Ouest (Fourquet *et al.*, 2001).

Il apparaît en effet qu'en Afrique, décider de ne plus avoir d'enfants expose la femme à trop de risques, notamment celui, fréquemment formulé par les femmes que nous avons pu suivre, d'être rejetées par le partenaire qui désire lui avoir des enfants. En effet, dans de nombreux cas (environ un sur deux), la femme n'annonce pas sa séropositivité par peur d'être totalement abandonnée par son mari ou son partenaire ; il devient alors extrêmement difficile d'expliquer, au mari comme à la belle famille, le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre estimé suffisant d'enfants. Même lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la part de la belle mère pour faire un autre enfant : ces femmes craignent que les belles mères « n'influencent » leur mari et les poussent à divorcer ou à prendre une seconde épouse. Toujours dans le cas (le plus fréquent) où les femmes cachent leur statut sérologique, ne plus être enceinte comporte aussi le risque d'être étiquetée comme « malade » puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité. Enfin, il semble que pour les femmes séropositives, en tous cas pour celles qui n'ont pas encore atteint un nombre d'enfants qui leur paraît suffisant, décider de ne plus jamais avoir d'enfants constitue une négation de l'avenir, qui s'ajoute à l'angoisse de mort consécutive à la connaissance de leur infection à VIH, et qui semble insurmontable. L'enfant à venir est ainsi à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu « dans sa descendance » (Aka Dago *et al.*, 1999).

On retrouve ainsi, appliquée au domaine de la procréation, la même problématique que celle développée à propos du décalage entre la connaissance du risque de l'infection par le VIH et l'adaptation des comportements sexuels. Il a été largement montré qu'il ne suffisait pas qu'un individu connaisse le risque de l'infection par le Sida pour qu'il adopte des comportements de prévention. Dans le domaine de la procréation, comme dans celui de la sexualité, les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent plus importants que la préservation de la santé d'un des membres du couple, voire même que le risque de donner naissance à un enfant infecté. Dans la hiérarchie des risques, le risque sanitaire (contracter l'infection par le VIH ou la transmettre au partenaire) est moins important que les risques sociaux, familiaux et affectifs liés à l'arrêt de la sexualité et de la procréation, d'où des choix individuels qui vont souvent à l'encontre des choix préconisés par les programmes de lutte contre le Sida.

Face à ce constat, les avancées de la recherche et de la santé publique, en terme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement, semblent d'autant plus précieuses. Si le conseil donné aux personnes infectées par le VIH de ne plus avoir d'enfants est un conseil impossible, du moins peut-on accompagner leur désir de fécondité en limitant dans la mesure des possibles le risque d'infection pour les enfants à naître.

Les programmes de prise en charge des personnes infectées par le VIH doivent, en tout cas aujourd'hui, tenir compte de ces éléments « non sanitaires » dans le domaine de la procréation et en particulier de l'importance du désir d'enfant. Cette réflexion concerne particulièrement les couples sérodifférents et a jusqu'ici été peu menée, bien

qu'elle soit particulièrement importante en Afrique où la procréation est au cœur des préoccupations sociales, familiales et individuelles. Cependant, parallèlement à cela, il ne faut pas perdre de vue la nécessité de proposer aux femmes qui viennent d'accoucher une méthode contraceptive efficace pour leur éviter de recommencer trop tôt une grossesse, ce qui serait préjudiciable à leur santé. Ce risque de redémarrer une grossesse trop rapidement existe pour toutes les femmes, qu'elles allaitent ou non, mais il est légèrement plus important chez les femmes séropositives qui décident de ne pas allaiter leur enfant (pour réduire le risque de transmission post natale du VIH par le lait) et redeviennent fécondes précocement.

Conséquences de ces relations complexes entre Sida et fécondité à l'échelle des populations

Ainsi, le Sida agit sur la fécondité via différents mécanismes. Globalement cette épidémie engendre une réduction de la fécondité dans les pays africains, au niveau des individus comme au niveau des groupes, mais cela tient plus aux retentissements physiologiques de l'infection par le VIH sur la santé des femmes et des hommes, et à l'adoption de comportements de protection par rapport au risque d'infection par le VIH (retard de l'entrée en vie sexuelle, diminution de l'activité sexuelle, préservatifs...) qu'à des choix de la part des personnes infectées. Il reste à évaluer l'ampleur de ces changements de fécondité imputables à l'épidémie de Sida, et leurs conséquences.

Prévoir l'effet global du VIH sur la fécondité des populations ?

Si l'effet de l'épidémie sur la mortalité des populations est aujourd'hui relativement bien estimé, ce n'est pas le cas en ce qui concerne la fécondité, dont les liens avec l'infection par le VIH sont encore mal connus et surtout mal quantifiés car complexes. Comme on l'a vu, les liens entre VIH et fécondité tiennent à des interactions biologiques, qui sont elles encore mal comprises mais à peu près quantifiables, ainsi qu'à des changements de comportements, induits directement ou indirectement par l'épidémie, et qui sont d'autant plus difficilement quantifiables qu'ils sont nombreux, difficiles à mesurer, et qu'ils n'agissent pas tous dans le même sens sur la fécondité. Il est cependant important de pouvoir estimer l'action du VIH sur la fécondité, car la fécondité et la mortalité dans les populations concernées sont deux éléments majeurs pour prévoir la dynamique de l'épidémie de VIH/Sida dans les différents pays. Pour donner un ordre de grandeur, des démographes anglais ont estimé que, dans un pays

où 10 % de la population est infectée par le VIH, la fécondité globale diminue d'environ 4 %. A chaque augmentation de 1 % de la prévalence du VIH, on attend une diminution de 0,4 % de la fécondité (Zaba and Gregson, 1998). Un des rôles des démographes aujourd'hui reste d'affiner la modélisation des liens entre infection par le VIH et fécondité des populations.

La difficile évaluation de la prévalence du VIH en population générale à partir des données recueillies en consultations prénatales

Les retentissements de l'infection par le VIH sur la fécondité ont enfin des conséquences sur la surveillance de l'épidémie de VIH/Sida. En effet, actuellement, dans de nombreux pays, et en particulier dans les pays en développement, les principales données de prévalence du VIH dont on dispose pour suivre l'évolution de l'épidémie de VIH/Sida sont celles collectées de façon anonyme et non corrélée dans des centres de consultation prénatale, dits « centres sentinelles ». La prévalence obtenue dans ces centres de consultation prénatale est, a priori, considérée comme un bon indicateur de la prévalence de la population adulte sexuellement active, ce qui repose entre autres sur le postulat que la population de femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales est représentative, en ce qui concerne l'épidémie de VIH/Sida, de la population des femmes en âge de procréer (15-49 ans). Dès lors que les femmes infectées par le virus VIH1 ont moins de grossesses et plus de fausses couches précoces que les femmes non infectées, comme nous l'avons décrit précédemment, ce postulat est faux. Si l'on veut continuer à surveiller l'épidémie à partir des centres prénatals qui sont effectivement un lieu privilégié pour cela, il faut réfléchir à des méthodes d'ajustement des données de prévalence recueillies en consultation prénatale qui tiennent compte de ces différences de fécondité entre femmes VIH+ et femmes VIH-.

Sans rentrer dans les détails, disons que l'ajustement des données de prévalence obtenues en consultation prénatale demande de prendre en compte la conjonction d'au moins trois éléments : la structure par âge de la population consultante (différente de la structure par âge de la population générale), les variations selon l'âge de la prévalence VIH dans le pays considéré, et les différences de fécondité entre femmes VIH+ et femmes VIH-, elles mêmes liées à l'âge. D'autres facteurs, en particulier comportementaux, entrent aussi en jeu, de façon différente selon les lieux. Ainsi, selon les pays et les situations, la prévalence observée en consultation prénatale peut sous-estimer ou être équivalente à la prévalence en population générale (Glynn *et al.*, 2001). A ce jour aucune méthode « standard » d'ajustement n'a été obtenue et la situation dans chaque pays doit être considérée de façon spécifique.

Conclusion

Les relations entre VIH et fécondité sont donc nombreuses et complexes, car induites tant par des changements physiologiques imputables au virus que par des changements de comportements imputables au contexte de l'épidémie. Ces relations restent encore mal connues car, si l'on s'est intéressé tôt aux répercussions du VIH/Sida en termes de mortalité, la communauté scientifique a mis plus de temps à s'interroger sur les répercussions de cette épidémie sur la fécondité, le lien étant moins évident. Une meilleure connaissance de ces interactions est pourtant nécessaire, tant pour prévoir la dynamique de l'épidémie que pour prévoir la dynamique des populations touchées. Les changements de fécondité induits par l'épidémie de VIH/Sida risquent d'avoir des conséquences sur l'impact même de cette épidémie sur les indicateurs démographiques clés : structure par âge, croissance de la population (Gregson *et al.*, 2002). Les premières approches montrent que, dans ce domaine, il est difficile d'établir un modèle général, et que, dans chaque population, selon l'intensité de l'épidémie et les habitudes en vigueur (en matière de contraception, de comportements sexuels, de protection des rapports sexuels...), les conséquences du VIH sur la fécondité sont spécifiques. La situation est, en effet, très hétérogène dans les différents pays africains en matière de prévalence du VIH. Dans certains pays, le niveau de prévalence est très bas, inférieur à 1 % (pays d'Afrique du Nord en particulier), tandis qu'à l'autre extrême, au Botswana, près de 36 % de la population adulte est infectée par le VIH (tableau 1). Les niveaux de fécondité sont eux aussi très hétérogènes : selon les pays le nombre moyen d'enfants par femme varie de 3 à 7 (tableau 1). De plus amples recherches doivent donc être menées pour estimer l'impact de l'épidémie à VIH sur chaque population, via son action sur la fécondité. Une autre voie à explorer dans le domaine des relations Sida-fécondité est l'amélioration de la prise en compte de ces relations au niveau individuel. En effet, la prise en charge de la personne infectée par le VIH passe par la prise en compte de ses besoins de santé, mais aussi de ses besoins affectifs et psychologiques, au sein desquels le désir d'enfant tient une place à ne pas négliger.

Tableau 1 : Indices synthétiques de fécondité et prévalence du VIH chez les adultes dans quelques pays d'Afrique en 2001

Pays	Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	Proportion des 15-49 ans infectés par le VIH (%)
Maroc	3,4	0,0
Soudan	4,9	1,0
Burkina Faso	6,8	6,4
Côte d'Ivoire	5,2	10,8
Mali	7,0	2,0
Sénégal	5,7	1,8
Burundi	6,5	11,3
Ouganda	6,9	8,3
Zimbabwe	4,0	25,1
Cameroun	5,2	7,7
Afrique du Sud	2,9	19,9
Bostwana	3,9	35,8
Source : Population et Sociétés n° 370, juillet-août 2001		

Bibliographie

- AKA-DAGO-AKRIBI H., DESGREES DU LOU A., MSELLATI P., DOSSOU R. et. WELFFENS EKRA C., 1999 - Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Health Reproductive Matter*, 7 : 20-29.
- ALLEN S., SERUFILIRA A., GRUBER V. *et al.*, 1999 - Pregnancy and contraception use among urban rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83 (5) : 705-710.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., YAO A. *et al.*, 1999 - Impaired fertility in HIV1 infected pregnant women: a clinic based survey in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997. *AIDS*, 13 : 517-21
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. *et al.*, 2002 - Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000. *Int. J. of STDs and AIDs*.
- D'UBALDO C., PEZZOTTI P., REZZA G. *et al.*, 1998 - Association between HIV1 infection and miscarriage: a retrospective study. *AIDS*, 12 : 1087-93.
- FOURQUET F., LE CHENADEC J., MAYAUX M.J. et MEYER L. for the SEROCO and SEROGEST Group, 2001 - Reproductive behaviour of HIV infected women being in France according to geographical origin. *AIDS*, 15 (16) : 2193-96.
- GLYNN J., BUVÉ A., CARAËL M. *et al.*, 2000 - Decreased fertility among HIV1 infected women attending antenatal clinics in three African cities. *Journal of AIDS*, 25 : 345-52.
- GLYNN J., BUVÉ A., CARAËL M. *et al.*, 2001 - Factors influencing the difference in HIV prevalence between antenatal clinic and general population in sub-saharan africa. *AIDS*, 15 : 1717-1725.
- GRAY R., WAVER M., SERWADDA *et al.*, 1998 - Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. *Lancet*, 351 : 98-103.
- GREGSON S., ZABA B., HUNTER S., 2002 - The impact of HIV1 on fertility in Sub-Saharan Africa: causes and consequences. Expert Group meeting on completing the Fertility Transition. UN/POP/CFT/2002/BP/S, Population Division, department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, New York, 11-14 March, 34 p.
- KEOGH P., ALLEN S., ALMEDAL C., TEMAHAGILI B., 1994 - The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study. *Soc. Sci. Med.*, 38 (8) : 1047-1053.
- MUKIZA-GAPERIE J. et NTOZI J., 1995 - "Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda". *Health Transition Review*, The third World AIDS epidemic. AIDS, supplement to vol. 5 : 201-208.
- SETEL P., 1995 - "The effects of HIV and AIDS on fertility in East and Central Africa". *Health Transition Review*, The third World AIDS epidemic, supplement to vol. 5 : 179-190.
- ZABA B. and GREGSON S., 1998 - "Measuring the impact of HIV on fertility in Africa". *AIDS*, 12, suppl.1 : S41-S50.

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Sophie Le Cœur

L'ONUSIDA estime que, parmi les 40 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde à la fin de l'année 2001, 1,4 millions sont des enfants de moins de 15 ans (ONUSIDA/OMS, 2001). Pendant la seule année 2000, 600 000 cas de nouvelles infections et 500 000 cas de décès par Sida sont survenus chez des enfants de moins de 15 ans dans le monde. Dans la majorité des cas, ces infections ont été transmises par la mère, et plus de 90 % sont survenus en Afrique Sub-saharienne. En effet, dans les pays où la fécondité est élevée et où la transmission hétérosexuelle du VIH est prédominante, la proportion de femmes infectées est la même que celle des hommes (ou même supérieure) et le nombre de nouveaux-nés exposés à la transmission périnatale est très élevé. Grâce aux méthodes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, disponibles depuis 1994, la majorité de ces infections aurait pu être évitée.

Après une brève revue des connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH, nous ferons le point sur les méthodes de prévention existantes dans les pays industrialisés comme dans les pays en voie de développement et présenterons les stratégies de prévention possibles.

Transmission mère-enfant du VIH

La transmission mère-enfant du VIH peut se faire soit pendant la grossesse, soit au cours du travail et de l'accouchement, soit au cours de l'allaitement. Les enfants nés de mères infectées par le VIH ne sont pas tous infectés (Working group on mother-to-child transmission of HIV, 1995). En moyenne, en l'absence de traitement, environ 35 % des enfants sont infectés dont 10 % pendant la grossesse, 15 % pendant le travail et l'accouchement et environ 10 % pendant l'allaitement (en fonction de sa durée).

Il avait été montré que le risque de transmission était plus élevé lorsque la mère était à un stade avancé de la maladie, c'est-à-dire lorsqu'elle était fortement immunodéprimée ou qu'elle présentait un déficit en vitamine A (Mofenson, 1997). Plus récemment, une forte association a été démontrée entre la charge virale (quantité

de virus dans le sang) et la transmission du virus : plus la charge virale est élevée, plus le risque de transmission est important (Mayaux *et al.*, 1997). De plus, pendant l'accouchement, la peau et les muqueuses de l'enfant sont largement exposées au sang et aux sécrétions vaginales de la mère. La transmission mère-enfant du VIH pourrait donc être associée à l'exposition aux virus pendant le processus de l'accouchement. Le fait que la transmission soit moins fréquente lorsque l'enfant naît par césarienne confirme cette idée (The international perinatal HIV group, 1999). Enfin, chez les enfants allaités, le risque de transmission est d'autant plus élevé que l'allaitement dure longtemps (Embree *et al.*, 2000).

Prévention de la transmission mère-enfant par l'AZT

A la fin des années 1980, lorsque pour la première fois, les antirétroviraux ont été envisagés pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, l'AZT était le seul médicament dont l'efficacité clinique avait été démontrée chez l'adulte. C'est en 1994 que le premier essai clinique, effectué aux États-Unis et en France, démontrait l'efficacité de l'AZT pour réduire la transmission mère-enfant du VIH (Connor *et al.*, 1994). Les femmes enceintes séropositives recevaient de l'AZT pendant la grossesse (en moyenne 3 mois), et une perfusion intraveineuse durant le travail et l'accouchement. Leurs nouveau-nés recevaient de l'AZT en sirop pendant 6 semaines. Tous les enfants étaient allaités artificiellement. Les résultats ont montré que seuls 8,3 % des enfants nés de mères traitées par AZT étaient infectés par le VIH contre 25,7 % des enfants nés de mères n'ayant pas été traitées, soit une réduction de 66 % de la transmission. Devant ces résultats spectaculaires, l'essai a été interrompu pour permettre à toutes les femmes et à tous les enfants de l'essai de recevoir de l'AZT. Toutes les études ultérieures ont confirmé l'efficacité remarquable de l'AZT pour réduire la transmission mère-enfant du VIH. Bien que les effets à long terme ne soient pas encore connus, la tolérance s'est révélée excellente et les effets secondaires mineurs. Depuis la publication de ces résultats, la majorité des pays industrialisés ont mis en place des programmes de conseil et de dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes et proposent une prévention de la transmission mère-enfant du VIH par AZT aux femmes séropositives. Cette mesure de santé publique a produit une baisse considérable de l'incidence du Sida de l'enfant dans les pays industrialisés (Lindegren *et al.*, 1999). Avec le succès des thérapies multiples, un nombre croissant de femmes débutent des grossesses alors qu'elles sont sous trithérapie. Les taux de transmission observés avec ces traitements sont extrêmement faibles, de l'ordre de 1 à 3 % (Scott et Tuomola, 1998 ; Mandelbrot *et al.*, 2001).

Dans les pays en voie de développement, les régimes courts d'antirétroviraux pendant la grossesse sont un réel espoir

Mais qu'en est-il dans les pays en voie de développement où surviennent plus de 90 % des infections à VIH de l'enfant ? Il est clair que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH par l'AZT, du fait de sa complexité et de son coût, n'est pas facile à mettre en œuvre. En effet, beaucoup de femmes ont un accès limité aux soins prénataux ; elles accouchent à domicile ou arrivent au dernier moment à la maternité et n'y séjournent que quelques heures après l'accouchement. De plus, la majorité des enfants sont allaités.

Ainsi, dans les années qui ont suivi les résultats de l'essai franco-américain de 1994, plusieurs essais cliniques utilisant des régimes courts et simplifiés d'AZT ont été testés en Afrique et en Asie (Shaffer *et al.*, 1999 ; Dabis *et al.*, 1999). Tous ces essais où plusieurs équipes françaises furent pionnières, ont montré que l'AZT, même en traitement court et même chez des femmes allaitant leurs enfants, réduisait la transmission mère-enfant de façon significative : 38 % de réduction à 3 mois dans les études d'Abidjan où les femmes allaient, 50 % de réduction dans l'étude de Bangkok où les femmes allaient artificiellement (Shaffer *et al.*, 1999 ; Wiktor *et al.*, 1999). L'efficacité du traitement court (raccourci de 3 à 1 mois pendant la grossesse) était cependant moindre que celle du traitement long utilisé initialement (Lallemant *et al.*, 2000). L'efficacité de l'intervention chez des femmes allaitant était également plus faible que chez les femmes n'allaitant pas (DITRAME ANRS, 1999).

Comme dans les pays en voie de développement, les femmes arrivent parfois à la maternité sans avoir eu de soins prénataux, des chercheurs ont testé un traitement initié seulement au début du travail ou à l'arrivée à la maternité. Un essai effectué en Ouganda était basé sur l'utilisation d'un médicament antirétroviral puissant, très rapide d'action, peu onéreux, et d'administration simple : la Névirapine (Guay *et al.*, 1999). Donnée à la femme en une dose unique par voie orale, en début de travail, et au nouveau-né après 48 heures, cette étude a démontré que la Névirapine réduit de presque 50 % la transmission mère-enfant du VIH. Les résultats de cette étude ont fait naître un immense espoir de recul du Sida de l'enfant dans les pays en voie de développement. Il faut cependant garder à l'esprit qu'un traitement donné au cours de l'accouchement arrive trop tard pour empêcher les transmissions qui ont déjà eu lieu au cours de la grossesse (environ 10 %).

Une étude est actuellement menée en Thaïlande sur l'effet additionnel d'une seule dose de Névirapine en début de travail en plus du régime standard d'AZT. L'espoir est

que ce régime, relativement peu coûteux, simple et accessible aux femmes dans les pays en voie de développement, soit pratiquement aussi efficace que les régimes plus complexes utilisés dans les pays industrialisés pour prévenir la transmission mère-enfant (Lallemant *et al.*, 2002).

Il a été démontré que le risque de transmission du VIH est moindre lorsque l'enfant naît par césarienne programmée. Dans une étude randomisée en Europe, le risque de transmission était 5 fois plus faible dans le groupe d'enfants nés par césarienne programmée que dans le groupe d'enfants nés par les voies naturelles (The European mode of delivery collaboration, 1999). Cependant, du fait de son coût, des risques de complications infectieuses liées à la chirurgie chez des femmes immunodéprimées, et du risque d'accidents ou de blessures professionnelles pour les obstétriciens, la césarienne n'est pas recommandée dans les pays en développement en dehors des structures habilitées.

Peut-on envisager des interventions applicables chez toutes les femmes enceintes, sans test VIH préalable ?

Il existe malheureusement des situations où les femmes n'ont pas accès au conseil ni au dépistage du VIH en cours de grossesse, par conséquent elles ne connaissent pas les risques de transmission du VIH à leur enfant. Pour prévenir ce risque, différentes interventions pouvant être appliquées à toutes les femmes quel que soit leur statut VIH ont été envisagées.

Il avait été démontré que les femmes infectées par le VIH et qui avaient un déficit marqué en vitamine A pendant la grossesse, avaient un risque accru de transmettre le VIH à leurs enfants. Dès lors, il paraissait logique de considérer une supplémentation systématique des femmes enceintes en vitamine A. Cette intervention simple, peu onéreuse, sans danger pour la mère comme pour l'enfant, aurait également eu le potentiel de réduire la mortalité infantile. Elle s'est malheureusement révélée inefficace pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans le cadre d'essais cliniques effectués au Malawi, en Tanzanie et en Afrique du Sud (Coutsoudis *et al.*, 1999 ; Fawzi *et al.*, 1998).

Comme les enfants peuvent être infectés par voies muqueuses (conjonctivale, buccale, ou gastrique) à partir des virus présents dans les sécrétions vaginales ou le sang de la mère, le lavage de ces sécrétions avec un désinfectant vaginal simple, avant l'accouchement, aurait pu permettre de réduire l'exposition du fœtus au VIH et par conséquent de réduire la transmission mère-enfant du virus. Cependant, les études menées au Kenya et au Malawi n'ont pas permis de mettre en évidence l'efficacité de

la désinfection de la filière génitale avant l'accouchement pour réduire la transmission mère-enfant (Gaillard *et al.*, 2001).

La déception devant l'échec de ces interventions simples a été considérable. En revanche, l'efficacité remarquable de la Névirapine en deux doses uniques, l'une chez la mère et l'autre chez l'enfant, a fait naître un nouvel espoir. Dans les pays où la séroprévalence du VIH est extrêmement élevée, était-il envisageable de faire prendre une dose de Névirapine à toutes les femmes, quel que soit leur statut VIH, et à leurs enfants ? Néanmoins, l'administration de ce traitement à toutes les femmes ne permet ni le dépistage des femmes séropositives, ni le conseil en matière de prévention de la transmission, ni la prise de décision concernant le mode d'allaitement des enfants. De plus, elle expose toutes les femmes et les enfants non-infectés à un risque médicamenteux probablement mineur mais inutile. Enfin, la mise en évidence de résistances à la Névirapine chez les femmes exposées à une seule dose au moment de l'accouchement, a fait craindre l'émergence de virus résistants au niveau des populations.

Quelles interventions peut-on proposer pour limiter la transmission du VIH lors de l'allaitement au sein ?

Dans les pays industrialisés, dès qu'il a été démontré que le VIH pouvait être transmis au nouveau-né lors de l'allaitement, il a été recommandé aux femmes infectées par le VIH d'allaiter artificiellement leurs enfants. Dans les pays en voie de développement, les recommandations ont été plus difficiles à établir. En effet, dans des contextes où l'accès à l'eau potable n'est pas assuré, et où les conditions d'hygiène sont précaires, il a été démontré que l'allaitement artificiel était associé à un risque accru de morbidité et de mortalité par diarrhée ou malnutrition, alors que l'allaitement au sein, d'un coût minimal, assurait au nouveau-né une protection vis-à-vis de nombreuses maladies infectieuses, un apport nutritionnel optimal, et renforçait la relation mère-enfant, tout en favorisant l'espacement des naissances. La promotion de l'allaitement maternel a d'ailleurs été, au cours des dernières décennies, l'un des fers de lance de la lutte contre la morbidité et la mortalité des enfants dans les pays en voie de développement.

Une alternative à l'allaitement artificiel est le sevrage précoce. Néanmoins, son bénéfice est limité car le risque de transmission est maximal au cours des tous premiers mois de vie. De façon surprenante, une étude rétrospective en Afrique du Sud suggère que l'allaitement maternel exclusif (aucune alimentation liquide ou solide complémentaire) limiterait la transmission post-natale (en comparaison avec

l'allaitement mixte) (Coutsoudis *et al.*, 2001). L'efficacité de cette approche n'a cependant pas encore été démontrée.

Le Chapitre d'Alice Desclaux, dans ce même ouvrage, approfondit la problématique de l'allaitement dans le contexte du VIH.

Quelles recommandations pour réduire la transmission mère-enfant du VIH ?

Tous les efforts doivent converger pour proposer un conseil et un dépistage volontaire du VIH en cours de grossesse et pour éviter l'allaitement au sein lorsque cela est possible.

Lorsque les femmes se présentent aux soins prénataux suffisamment tôt pendant la grossesse, il est possible de proposer aux femmes infectées par le VIH de l'AZT en monothérapie ou des combinaisons d'antirétroviraux (en fonction de leur statut clinique et immunologique) à partir du troisième trimestre de la grossesse et éventuellement un accouchement par césarienne. Les enfants doivent être traités pendant 6 semaines et allaités artificiellement.

Lorsqu'il existe des contraintes financières, un traitement par AZT à partir du troisième trimestre de grossesse, suivi d'un traitement de l'enfant de 3 jours, peut être proposé, sans césarienne. Si la mère a été traitée moins de 4 semaines, un traitement de l'enfant pendant 6 semaines permet de mieux réduire le risque de transmission. Enfin, l'adjonction d'une dose de Névirapine chez la mère au moment de l'accouchement et chez l'enfant après la naissance, pourrait réduire la transmission à des taux similaires à ceux obtenus avec les trithérapies associées à la césarienne.

Quand les femmes ont un suivi prénatal, mais que l'administration d'AZT est trop complexe ou coûteuse, il est envisageable de remettre aux femmes infectées par le VIH identifiées pendant la grossesse, la dose de Névirapine à prendre à domicile, dès le début du travail, ainsi que celle destinée au nouveau-né.

Quand les femmes ne sont pas suivies pendant la grossesse, un conseil et un dépistage rapide volontaire peuvent leur être proposés à l'arrivée à la maternité, et pour les femmes séropositives, la dose de Névirapine peut leur être administrée ou administrée à leur enfant dès lors que le diagnostic d'infection à VIH est connu. Du fait du retard dans l'administration de la Névirapine, il est probable que l'efficacité de ce traitement soit moindre que dans l'essai Névirapine effectué en Ouganda.

Enfin, la question qui reste la plus délicate est celle de la prévention de la transmission mère-enfant par l'allaitement dans les situations où l'allaitement artificiel n'est pas possible en raison d'obstacles socio-culturels ou économiques.

Conclusion

Aujourd'hui, il est possible d'empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant chez presque tous les enfants, grâce à l'utilisation conjointe des méthodes de prévention existantes, en commençant par la prévention de l'infection à VIH chez les femmes (éducation, conseil et dépistage volontaire), l'administration préventive d'antirétroviraux chez les femmes séropositives, associée ou non à la césarienne, et enfin, l'allaitement artificiel. Pourtant, le nombre d'enfants infectés par le VIH dans le monde ne fait qu'augmenter.

On sait, en effet, que les interventions de santé publique dans les domaines de la prévention et des soins sont rarement efficaces à 100 % et couvrent rarement 100 % des populations qui en ont besoin. Pour le Sida pédiatrique, ceci résulte avant tout de la difficulté d'intégrer les éléments essentiels des interventions préventives, dans les systèmes de santé maternelle et infantile existants. Ceci constitue un défi dans les pays industrialisés et, dans une plus large mesure, dans les pays en voie de développement où les systèmes de santé sont déjà profondément ébranlés par l'épidémie de Sida, les contraintes économiques et parfois l'instabilité politique. L'accès plus large aux antirétroviraux qui est en train de se mettre en place dans certains pays du Sud pourrait permettre d'envisager une prise en charge globale, à la fois préventive et curative. En plus des antirétroviraux pour réduire la transmission mère-enfant, les parents pourraient être traités pour leur propre santé ainsi que les enfants s'ils sont infectés malgré la prévention. Cette nouvelle stratégie permettrait aux parents de poursuivre leurs activités génératrices de revenus, et de prendre soins de leurs enfants, limitant ainsi les conséquences désastreuses de l'orphelinat.

Les efforts doivent maintenant porter sur l'application des résultats de la recherche obtenus au cours de ces dix dernières années. Leur succès dépend avant tout d'un engagement politique soutenu, de la solidarité accrue entre le Nord et le Sud, et du respect des droits de l'homme.

Bibliographie

- CONNOR E.M., SPERLING R.S., GELBER R. *et al.*, 1994 - for the Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency type I with Zidovudine treatment. *N. Engl. J. Med.*, 331 : 1173-1180.
- COUTSODIS A., PILLAY K., KUHN L. *et al.*, 2001 - Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age : prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 15 : 379-387.
- COUTSODIS A., PILLAY K., SPOONER E., KUHN L., COOVADIA H.M. for the South African Vitamin A study Group, 1999 - Randomized trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes and early mother-to-child HIV-1 transmission in Durban, South Africa. *AIDS*, 13 : 1517-1524.
- DABIS F., MSELLATI P., MEDA N. *et al.*, 1999 – 6 months efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso : a double-blind placebo- controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. Diminution de la Transmission Mère-Enfant. *Lancet*, 353 (9155) : 786-92.
- DITRAME ANRS 049, 1999 - Study Group. 15-month efficacy of maternal oral zidovudine to decrease vertical transmission of HIV-1 in breastfed African children. *Lancet*, 354 : 2050-2051.
- EMBREE J.E., NJENGA S., DATTA P. *et al.*, 2000 - Risk factors for postnatal mother-child transmission of HIV-1. *AIDS*, 14 : 2535-41.
- FAWZI W.W., MSAMANGA G.I., SPIEGELMAN D., URASSA E.J., MCGRATH N., MWAKAGILE D., ANTELMAN G., MBISE R., HERRERA G., KAPIGA S., WILLETT W., HUNTER D.J., 1998 - Randomised trial of effects of vitamin supplements on pregnancy outcomes and T cell counts in HIV-1-infected women in Tanzania. *Lancet*, 351 : 1477-82.
- GAILLARD P., MWANYUMBA F., VERHOFSTEDE C. *et al.*, 2001 - Vaginal lavage with chlorhexidine during labor to reduce mother-to-child HIV transmission : clinical trial in Mombasa, Kenya. *AIDS*, 15 : 389-396.
- GUAY L.A., MUSOKE P., FLEMING T. *et al.*, 1999 - Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354 : 795-802.
- LALLEMANT M., JOURDAIN G., LE CŒUR S. *et al.*, 2000 - A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of Human Immunodeficiency Virus 1. *N. Engl. J. Med.*, 343 : 982-991.
- LALLEMANT M., THAINEUA V., JOURDAIN G., LE COEUR S., KOETSAWANG S., KOSALARAKSA P., MARY J.Y., NGO N., 2002 - PHPT-2 : Nevirapine Plus Zidovudine For The Prevention Of Perinatal HIV. XIV International AIDS. Conference, Barcelona, July 7-12 [Abstract Lb0r22].
- LINDEGREN M.L., BYERS R.H., THOMAS P. *et al.*, 1999 - The perinatal HIV/AIDS epidemic in the United States : success in reducing perinatal transmission. *JAMA*, 282 : 531-8.
- MANDELBROT L., LANDREAU-MASCARO A., REKACEWICZ C. *et al.*, 2001 - Lamivudine-zidovudine combination for the prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA*, 285 : 2129-31.

- MAYAUX M.J., DUSSAIX E., ISOPET J. *et al.*, 1997 - Maternal virus load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 : the French perinatal cohort studies. SEROGEST Cohort Group. *J. Infect. Di.*, 175 (1) : 172-5.
- MOFENSON L.M., 1997 - Mother-child HIV-1 transmission : Timing and determinants. *Obstet. Gynecol. Clin. North A.*, 24 (4) : 759-84.
- ONUSIDA/OMS, 2001 - Le point sur l'épidémie de Sida. Décembre, WHO/CDS/CSR/NCS/2001, 2.
- SCOTT G.B., TUOMOLA R., 1998 - Combination antiretroviral therapy during pregnancy. *AIDS*, 12 : 2495-97.
- SHAFFER N., CHUACHOOWONG R., MOCK P.A. *et al.*, 1999 - Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand : a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet*, 353 (9155) : 773-80.
- The European Mode of Delivery Collaboration, 1999 - Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission : a randomised clinical trial. *Lancet*, 353 (9158) : 1035-9.
- The International Perinatal HIV Group, 1999 - The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N. Engl. J. Med.*, 340 (13) : 977-87.
- WIKTOR S.Z., EKPINI E., KARON J.M. *et al.*, 1999 - Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire : a randomised trial. *Lancet*, 353 (9155) : 781-5.
- Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV, 1995 - Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 8 : 506-510.

Transmission du VIH par l'allaitement : mesures de prévention en Afrique

Alice Desclaux

Introduction

La transmission du VIH par l'allaitement représente un important problème de santé publique dans les pays du Sud. On estime que parmi les 800 000 enfants qui ont été infectés par le VIH en 2001, plus de 90% vivent dans des pays aux ressources limitées ; environ le tiers de ces contaminations serait imputable à l'allaitement (UNAIDS, 2002). Ces chiffres traduisent une inégalité Nord-Sud majeure, car la transmission du VIH par l'allaitement est exceptionnelle dans les pays développés, où l'alimentation par les substituts du lait maternel est systématiquement recommandée aux mères séropositives. Depuis 1998, des protocoles thérapeutiques adaptés aux systèmes de santé du Sud permettent de réduire efficacement la transmission du VIH au cours de la grossesse et de l'accouchement, mais la prévention de la transmission par l'allaitement n'a pas connu de telles avancées techniques. Dans ce domaine, les mesures préventives appliquées au Nord ne peuvent pas être généralisées, car l'alimentation par les substituts du lait maternel n'est pas disponible, accessible sur le plan économique, ni acceptable sur le plan social pour toutes les femmes vivant dans les pays du Sud. De plus, l'utilisation de « laits artificiels » fait courir aux nourrissons des risques infectieux et nutritionnels dans les contextes sanitaires où l'approvisionnement en eau potable n'est pas assuré et où un suivi régulier par des services de santé maternelle et infantile n'est pas garanti. Les modes de prévention doivent donc être définis de manière adaptée aux contextes sanitaires et sociaux, aux capacités des systèmes de soin, et aux situations locales en matière de dépistage, de prévention et de prise en charge du VIH.

Étapes historiques de la découverte de la transmission du VIH par l'allaitement

L'histoire de la prise en compte du risque de transmission du VIH par l'allaitement et de l'élaboration de stratégies de santé publique dans ce domaine peut être divisée en quatre périodes :

1. En 1987, alors que des études réalisées dans les pays développés ont montré l'existence de cas de transmission du VIH par l'allaitement, l'OMS publie une déclaration qui reconnaît l'existence d'un risque, affirme les bénéfices indubitables de l'allaitement maternel et recommande la poursuite de l'allaitement, quel que soit le statut des mères, là où il n'existe pas d'alternative sûre et efficace à l'allaitement maternel (WHO/SPA, 1987).

2. L'ampleur de la transmission du VIH par l'allaitement est quantifiée pour la première fois en Afrique en 1991 (Van de Perre *et al.*, 1991). Une méta-analyse précise les taux selon le moment de la contamination de la mère : lorsqu'elle a été contaminée avant l'accouchement, le taux de transmission imputable à l'allaitement, en Afrique, est de 14 % ; lorsque la mère est contaminée pendant la période d'allaitement, le taux est de 29 % (Dunn *et al.*, 1992). Mais ces connaissances ne conduisent pas immédiatement à modifier les stratégies. En 1992, l'OMS et l'UNICEF, craignant les conséquences pathologiques d'une utilisation incontrôlée des laits artificiels, recommandent de poursuivre l'allaitement, quel que soit le statut des femmes en matière de VIH, dans les pays où la malnutrition est une cause importante de mortalité infantile et où il n'existe pas d'alternative sûre à l'allaitement (WHO/GPA, 1992).

3. En 1996, l'ONUSIDA propose de promouvoir le dépistage du VIH chez les femmes enceintes, afin qu'elles puissent bénéficier de la prévention médicamenteuse de la transmission mère-enfant qui fait alors l'objet de plusieurs essais cliniques, et qu'elles puissent choisir des modalités d'alimentation à moindre risque pour leur enfant. Mais il faut attendre 1998 pour que des mesures de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement soient définies de manière conjointe par l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA. Ces mesures comprennent l'éviction du colostrum, l'alimentation artificielle aux substituts du lait maternel ou aux laits d'animaux, la pasteurisation du lait maternel, la réduction de la durée de l'allaitement, le recours à une nourrice séronégative... Chaque femme devra, au terme d'un « conseil en allaitement » prenant en compte le contexte sanitaire local et analysant les risques et avantages respectifs de chaque option, exercer un « choix éclairé » entre ces diverses modalités d'alimentation. Selon les recommandations des Nations unies, le système de soin doit également mettre en place d'autres mesures préventives (telles que le dépistage et traitement précoce des pathologies du sein et des lésions buccales de l'enfant), aider les femmes à réaliser une alimentation à moindre risque quelle que soit l'option alimentaire qu'elles ont choisie, et insérer ces mesures dans une prise en charge globale du VIH chez la mère et l'enfant. Il devra également renforcer les mesures de prévention concernant les

femmes en âge de procréer, dans un objectif de prévention primaire (UNAIDS/UNICEF/WHO, 1998).

4. A partir de 1999, des publications montrent que le taux de transmission du VIH par l'allaitement peut être réduit lorsque celui-ci est exclusif (Coutsoudis *et al.*, 2001). La transmission reste cependant possible, en particulier au moment du sevrage lorsque le nourrisson ingère d'autres liquides ou aliments. Ces données conduisent à considérer que l'option alimentaire de réduction de la durée d'allaitement doit être assortie de la pratique de l'allaitement exclusif et du raccourcissement de la durée du sevrage. Par ailleurs, des projets-pilotes commencent à montrer que l'utilisation des substituts du lait maternel est possible, même dans des populations pauvres des banlieues des grandes villes africaines, à condition que l'environnement sanitaire soit favorable, que les services de soin fournissent les substituts et assurent un suivi éducatif et nutritionnel. Sur ces bases, chaque programme de prévention et chaque pays doivent définir une stratégie privilégiant une ou plusieurs options en fonction du contexte local, et mettre en œuvre les mesures nécessaires à leur application (WHO, 2000). Des propositions supplémentaires sont publiées afin de favoriser la prise en charge des mères (WHO, 2001). La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement s'inscrit dans une stratégie à trois volets : la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents ; la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ; et la prévention de la transmission du VIH d'une femme infectée à son enfant qui repose également sur l'administration d'anti-rétroviraux, et l'utilisation de techniques d'accouchement sûres.

Valeur des options d'alimentation du nourrisson en terme de santé publique

Si les organismes internationaux ont tardé à définir des stratégies préventives, c'est d'abord parce qu'elles remettent en question l'allaitement maternel prolongé, dont les bénéfices immunologiques, nutritionnels et psychologiques pour les nourrissons sont inégaux, notamment dans les pays du Sud. C'est aussi parce que le choix d'une stratégie pose des problèmes complexes en termes de santé publique, car toutes les alternatives à l'allaitement maternel prolongé ne sont pas parfaitement faisables, accessibles, acceptables, efficaces et dénuées de risques. Certaines options (notamment le sevrage précoce et court ou la pasteurisation du lait maternel) constituent des innovations dont la faisabilité n'est pas assurée dans tous les contextes. Des options (notamment l'alimentation aux substituts du lait maternel) exigent la mise en œuvre de mesures spécifiques pour assurer leur accessibilité économique pour toutes les femmes. La mise en pratique de ces diverses modalités d'alimentation exige des changements de comportements, qui peuvent être difficilement acceptables lorsque les mesures préventives ne sont pas en accord avec les perceptions des mères ou avec les

normes sociales. L'efficacité de chaque option préventive en terme de réduction de la transmission du VIH n'est pas connue (à l'exception de l'éviction du lait maternel, seule mesure qui annule le risque de manière certaine). L'efficacité de chacune des mesures proposées en terme de réduction de la mortalité et de la morbidité globale n'est pas encore précisée. Appliquées de manière inadéquate, des mesures telles que l'alimentation aux substituts du lait maternel ou le sevrage précoce et rapide, peuvent avoir de graves effets pathogènes : ce sont deux causes de marasme parmi les plus fréquemment identifiées en Afrique. Un excès de risque de diarrhées, d'infections respiratoires et de mortalité, est associé à l'alimentation aux substituts, par comparaison à l'allaitement maternel. Les risques ne concernent pas que l'enfant dont l'allaitement a été suspendu. Les professionnels de santé qui ont connu les méfaits de l'usage des « laits artificiels » craignent de voir leur utilisation se généraliser aux femmes séronégatives. D'autre part, le raccourcissement de la durée d'allaitement prive les femmes des effets contraceptifs de la lactation et les soumet au risque de naissances rapprochées si elles n'ont pas accès précocement à des services de planification familiale. Il est aussi possible que l'allaitement ait un impact nutritionnel pour les mères séropositives, cet aspect n'ayant pas été pas totalement élucidé (Nduati *et al.*, 2001 ; WHO, 2001). Aucune stratégie n'a donc de valeur absolue : chacune d'entre elle doit être examinée en prenant en considération les bénéfices et les risques qui lui sont associés, comparativement aux autres stratégies disponibles.

De la « balance des risques » aux mesures de santé publique

Les avantages et inconvénients respectifs des mesures proposées ont conduit à promouvoir une « mise en balance des risques » afin de définir les stratégies les plus pertinentes. Compte tenu des incertitudes concernant les performances de ces mesures sur le terrain, et de la diversité des situations, ces stratégies sont définies à deux niveaux :

- Celui des programmes dont les responsables, prenant en compte le contexte social, sanitaire et environnemental au plan collectif (souvent national), retiennent certaines options alimentaires pour lesquelles un appui sera mis en place. Ainsi, à Lusaka, la Zambia Exclusive Breastfeeding Study propose l'allaitement exclusif à toutes les femmes (dans les suites d'une prophylaxie médicamenteuse par la zidovudine) et diverses modalités de sevrage précoce (Kuhn *et al.*, 2002). Au Burkina Faso, les options retenues par le programme national comprennent, en premier lieu, l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce et, dans certains cas, l'alimentation aux substituts du lait maternel. A Yaoundé, le programme national du Cameroun recommande l'alimentation aux substituts du lait maternel à toutes les femmes.

- Celui des femmes pour lesquelles le choix d'une option alimentaire doit tenir compte de nombreux facteurs biologiques : il est recommandé aux femmes parvenues au stade clinique de la maladie de cesser l'allaitement maternel, le risque de transmission étant d'autant plus élevé que la charge virale maternelle est importante ; l'allaitement doit être suspendu (du côté du sein malade) en cas d'abcès, de mastites et de pathologies du mamelon qui favorisent la transmission du VIH. Ce choix doit aussi tenir compte des contraintes matérielles liées aux options alimentaires dans le contexte de vie et de travail de chaque femme, et des aspects psychologiques, familiaux et sociaux, relatifs au risque de stigmatisation que comporte le fait de ne pas allaiter ou de sevrer son enfant précocement.

Pour les organismes des Nations unies, chaque femme, à condition qu'elle ait été suffisamment informée des avantages et des inconvénients des différentes modalités d'alimentation, est la plus à même de prévoir les difficultés qu'elle rencontrera pour mettre en pratique l'une ou l'autre des options, et de mesurer l'impact potentiel de sa décision sur ses relations familiales et sociales. Le choix « éclairé » des femmes est privilégié, dans une optique de respect des droits qui stipule que chaque femme a le droit de ne pas choisir l'option que les professionnels de santé jugeraient pour elles la mieux indiquée. Ces recommandations indiquent que les femmes doivent être aidées et appuyées dans leur choix afin de réduire les risques de morbidité et de mortalité de l'enfant. La nature et les modalités de cet appui sont laissées à l'appréciation des différents programmes ; elles sont en grande partie en cours de définition et d'expérimentation.

Pour les systèmes de soin, assurer la prévention de la transmission par l'allaitement rend nécessaire de nombreuses mesures de santé publique. Un conseil en allaitement et un suivi doivent être mis en place auprès des femmes séropositives et de leurs enfants. Le « conseil » doit être élaboré sur le modèle du counselling pré et post-test VIH, et comprendre, de la part de l'agent de santé, une information et une écoute : une part de discussion entre l'agent et la mère, une anticipation de la part de celle-ci des difficultés qu'elle pourrait rencontrer. Il s'agit d'une forme de relation soignant-soigné très différente des relations de savoir, asymétriques, prévalentes jusqu'à présent. Le suivi qui doit comprendre des informations, démonstrations, et si possible des visites à domicile, doit commencer pendant la grossesse, se poursuivre bien au-delà de la période post-natale, et être renforcé au moment du sevrage. Ces mesures doivent être intégrées au « paquet minimum d'interventions » en santé maternelle et infantile, ce qui implique des réorganisations institutionnelles. Les ressources nécessaires sont importantes, notamment lorsqu'il s'agit d'assurer l'approvisionnement des nourrissons en substituts du lait maternel ou en aliments de remplacement. Des mesures organisationnelles doivent être prises pour instaurer la distribution des substituts du lait maternel sous contrôle médical et coordonner les actions de prévention du VIH/sida, de lutte contre la malnutrition, et de promotion de l'allaitement maternel. Ceci conduit à adapter, voire à modifier, l'organisation actuelle des services de Santé Maternelle et Infantile. Mettre en œuvre la prévention exige donc la création de programmes de santé publique à part entière, intégrés, impliquant le système de soin

du niveau spécialisé au niveau décentralisé des services de soins périphériques, en articulation avec le secteur communautaire.

Les obstacles rencontrés par les programmes et projets-pilotes

L'accessibilité des traitements anti-rétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant a conduit à mettre en place des projets-pilotes et des programmes dans de nombreux pays africains au cours des trois dernières années (14 pays disposent de projets en juin 2002). Leur expérience a permis de documenter les obstacles auxquels se heurte la mise en œuvre des mesures préventives dans le système de soin et dans la population. Ces obstacles, qui ont été étudiés de manière approfondie au Burkina Faso (Desclaux A. et Taverne B., 2000), ont aussi été observés dans d'autres pays, bien qu'ils n'aient pas encore tous fait l'objet de publications.

Dans le système de soin, ces obstacles comprennent : - l'incapacité actuelle des services à conseiller les mères en matière d'alimentation avec les substituts du lait maternel, les professionnels de santé ayant lutté contre leur utilisation au cours des vingt dernières années ; - l'insuffisance des connaissances des personnels de Santé Maternelle et Infantile, jusqu'à présent peu concernés par le VIH/sida ; - l'absence dans la plupart des pays de programmes de prévention et prise en charge de la malnutrition suffisamment structurés et efficaces pour accueillir les mères séropositives et leurs enfants ; - l'existence de contradictions entre les informations délivrées aux femmes séropositives et les messages des programmes de promotion de l'allaitement maternel ; - les attitudes stigmatisantes vis-à-vis des femmes séropositives ou des femmes qui n'allaitent pas leur enfant, encore prévalentes chez de nombreux professionnels de santé.

Dans la population, les obstacles tiennent au fait que l'allaitement est un acte public qui engage non seulement la mère, mais également son conjoint et son entourage. Pour les femmes qui vivent dans des situations économiques précaires -c'est-à-dire pour la majorité des femmes des pays du Sud- la première qualité du lait maternel est sa gratuité. En Afrique de l'ouest, le coût mensuel des substituts du lait maternel est équivalent ou supérieur au salaire minimum auquel il faut encore ajouter le coût des combustibles et des ustensiles. En cas de sevrage précoce, le coût des aliments de substitution peut être non négligeable. Les alternatives à l'allaitement prolongé ont un coût que les systèmes de soin ne peuvent plus ignorer.

Mais même lorsque l'obstacle de l'accessibilité des alternatives à l'allaitement est levé, subsistent de nombreuses difficultés d'ordre social et culturel. Les perceptions qui valorisent l'allaitement maternel sont très ancrées dans la plupart des cultures

« traditionnelles ». Sur le plan symbolique, l'allaitement inscrit l'enfant dans la parenté et contribue à construire son identité ; sur le plan biologique, l'allaitement est souvent considéré comme nécessaire pour apporter à l'enfant une « force » que les substituts ne lui fournissent pas. De plus, l'allaitement n'est pas qu'un mode d'alimentation de l'enfant : il est un mode de relation qui permet à la mère de garder son enfant avec elle, quelle que soit son occupation, et de le nourrir sans modifier son emploi du temps, parfois même sans interrompre son travail. Aux difficultés matérielles que pose à une mère le fait de devoir préparer les aliments de son enfant, s'ajoute le poids du regard de la société dans les nombreuses populations où l'allaitement maternel prolongé est la norme. Il est dans ce cas stigmatisant de ne pas allaiter, et les femmes peuvent être accusées d'être de « mauvaises mères » qui gaspillent l'argent du foyer ou négligent leur enfant, notamment lorsqu'elles le sèvent à trois ou quatre mois. Il en est de même lorsqu'elles choisissent l'allaitement exclusif, exceptionnellement pratiqué dans la majorité des pays d'Afrique sud-saharienne, notamment en Afrique de l'ouest où des liquides divers (eau, tisanes, eau sucrée, miel) sont donnés aux nourrissons, relevant des savoirs populaires en matière de puériculture.

De plus, adopter un mode d'alimentation de l'enfant peu conforme aux usages exige que la mère évoque le VIH avec son conjoint. Or, l'instauration du dépistage en consultation prénatale a conduit de nombreuses femmes à être les premières personnes de leur foyer à découvrir leur séropositivité. Annoncer sa séropositivité à son conjoint fait courir le risque d'être accusée d'avoir introduit le virus dans le couple, voire d'être rejetée. Au Burkina comme en Côte-d'Ivoire, très peu de femmes ont informé leur mari de leur séropositivité. A Abidjan, les femmes qui suivent le programme jusqu'au bout sont très peu nombreuses à avoir informé leur partenaire (Painter *et al.*, 2002). Lorsque la notion de transmission du VIH par l'allaitement est connue par la population, le fait de ne pas allaiter peut conduire son entourage à suspecter que la mère est infectée par le VIH, et ouvrir la voie à diverses formes de discrimination et stigmatisation. Les récits de femmes séropositives montrent qu'elles doivent constamment faire un « choix » tragique entre le risque biologique de contaminer leur enfant et le risque social d'être stigmatisées comme mauvaises mères et/ou comme femmes séropositives.

Les recommandations des Nations unies mettent en avant le choix des femmes, considéré comme un droit. Mais, dans la réalité, les marges de choix des femmes sont souvent très réduites et leurs décisions sont prises sous le poids de multiples contraintes. Bien souvent, elles ne peuvent maintenir leur décision initiale au-delà de quelques semaines (Shapiro *et al.*, 2002). Les femmes pratiquent alors malgré elles une alimentation mixte, la plus à risque de transmission du VIH (Jonnalagadda *et al.*, 2002). Une des difficultés spécifiques de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement tient au fait qu'elle ne dépend pas que des attitudes des mères, mais également des attitudes de l'ensemble du corps social, du statut des femmes, et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH. Les pratiques des femmes dépendent de logiques sociales, politiques, culturelles, collectives, souvent hors de leur portée (UNICEF et The Panos Institute, 2001).

Expérience des programmes et perspectives

Dans l'attente des résultats de nouvelles études qui permettraient d'adapter les mesures préventives en fonction du statut immunologique de la mère, ou de « sécuriser » l'allaitement par l'usage d'anti-rétroviraux chez la mère et/ou chez l'enfant, ce qui permettrait d'éviter certains obstacles sociaux à la prévention, des expériences, de plus en plus nombreuses mais encore en cours d'évaluation, permettent de dégager quelques propositions. Les premiers programmes mis en place, notamment à Abidjan, au Cameroun et dans les pays d'Afrique Australe, ont montré que la prévention de la transmission par l'allaitement était possible, à la condition que : - les équipes sanitaires soient compétentes et disposent de temps pour réaliser le conseil en alimentation infantile en consultation prénatale et de manière soutenue dans les premiers mois ; - que l'accès aux aliments de substitution soit assuré ou subventionné ; - que le suivi nutritionnel des enfants soit rapproché ; - que les femmes soient soutenues dans le secteur communautaire (UNICEF, 2000 ; Msellati, 1999). En Zambie et en Ouganda, les premiers résultats des projets-pilotes montrent qu'il est possible pour de nombreuses femmes d'assurer un allaitement exclusif et un sevrage précoce, même lorsque ces pratiques ne sont pas ancrées dans la culture locale (Kuhn. *et al.*, 2002 ; Magoni *et al.*, 2002) ; malheureusement cette option semble peu efficace en terme de prévention de la transmission à moyen terme (Magoni *et al.*, 2002). Les associations ont un rôle important à jouer pour transmettre aux mères un savoir-faire fondé sur l'expérience en matière d'alternatives à l'allaitement prolongé, ainsi qu'en matière de lutte contre la stigmatisation et de gestion de l'impact psychologique et social de la séropositivité (Besser, 2002). A Abidjan, les membres d'associations de femmes séropositives ont joué un rôle déterminant pour informer les femmes dans les services de soin et au cours de visites à domicile, les motiver pour l'application des mesures préventives, les aider à gérer l'impact de ces mesures sur leur vie familiale, et pour adapter le système de soin à leurs besoins (Gonhi *et al.*, 1999). A Lusaka, la mise en place de visites à domicile destinées aux pères et de consultations de conseil pour les couples a permis d'améliorer l'acceptabilité du programme mère-enfant (Shutes *et al.*, 2002).

Des recherches opérationnelles sont encore nécessaires pour préciser le contenu du conseil en allaitement, les protocoles de suivi les plus pertinents, ainsi que les interventions les plus efficaces et faisables en matière d'information, de suivi et de soutien pour les femmes, concernant les options alimentaires à moindre risque. Le premier défi est celui de l'acceptabilité des programmes de prévention de la transmission mère-enfant : jusqu'à présent, le non-retour des femmes aux différents stades des programmes en constitue la principale limite (Van't Hoog *et al.*, 2002 ; WHO, 2000). L'articulation de ces programmes à la prise en charge familiale du VIH et leur intégration dans les services de santé maternelle et infantile suppose de réexaminer l'organisation, les missions et le fonctionnement de nombreux services et programmes de santé. Les adaptations rendues nécessaires par l'épidémie de VIH pourraient être une opportunité pour réformer et rendre plus efficaces les interventions

sanitaires concernant la mère et l'enfant, incluant les programmes de lutte contre la malnutrition et de promotion de l'allaitement maternel (Desclaux A., 2002) ; ce « deuxième » défi n'est pas moins important que celui mentionné précédemment.

Bibliographie

- BESSER M.J., 2002 - Mothers-to-mothers-to-be : peer counselling, education and support for women in pregnancy in Cape Town, South Africa. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, MoOrF1031.
- COUTSODIS A., PILLAY K., KUHN L. *et al.*, 2001 - Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age : prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 15 : 379-87.
- DESCLAUX A., 2002 - Et si la pandémie de VIH/sida était une opportunité pour améliorer la pertinence des programmes de promotion de l'allaitement en Afrique ? *Cahiers Santé*, 12 : 73-5.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (éds), 2000 - Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique. Paris, Karthala.
- DUNN D.T., NEWELL M.L., ADES A.E. *et al.*, 1992 - Risk of immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 340 : 585-8.
- GONHI C., NOBA V., COULIBALY I.M. *et al.*, 1999 - Prise en charge psycho-sociale à domicile des femmes enceintes VIH positif : l'intervention des personnes vivant avec le VIH/sida dans le cadre du programme FSTI en Côte d'Ivoire. IV^{ème} Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière et communautaire des personnes vivant avec le VIH/sida. Paris, 5-8 décembre, Abstract 759.
- JONNALAGADDA S.R., SURYAVANSHI N., SASTRY J. *et al.*, 2002 - Factors impacting a change in infant feeding practices of HIV-infected Indian mothers. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, WePeD6330.
- KUHN L., KASONDE P., VWALIKA *et al.*, 2002 - Uptake of interventions to reduce mother-to-child HIV transmission : nevirapine and exclusive BF in the Zambia exclusive BF study (ZEBs). XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, TuOrB1176.
- MAGONI M., KITUKA P., OKONG P. *et al.*, 2002 - Effectiveness of the prevention of MTCT program and the influence of feeding options in an urban hospital in Kampala, Uganda. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, TuOrB1178.
- MSELLATI P., 1999 - Operational issues in prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1998-1999. Feasibility of providing voluntary counselling and testing, short regimen with zidovudine, and promoting alternatives to breastfeeding. XIIth Conference on STD and VIH in Africa, Lusaka.
- NDUATI R., RICHARDSON B.A., JOHN G. *et al.*, 2001 - Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women : a randomised trial. *Lancet*, 357 : 1651-5.
- PAINTER T.M., MATIA D.M., DIABY K.L. *et al.*, 2002 - Women's disclosure of actions to prevent MTCT in Abidjan, Côte d'Ivoire. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, ThPpD2174.
- SHAPIRO R.L., WESTER C., LOCKMAN S. *et al.*, 2002 - Reduced compliance with formula feeding among HIV-1 infected women in rural Botswana who were uncommitted to an infant feeding strategy before delivery. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, ThPpD2150.
- SHUTES E., VWALIKA C., KASONDE P. *et al.*, 2002 - Involvement of men in programs to prevent mother-to-child transmission of HIV. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, MoOrF1032.

- UNAIDS, 2002 - Report on the global HIV/AIDS epidemic. UNAIDS/02.26E, Genève, Juin.
- UNAIDS/UNICEF/WHO, 1998 - HIV and infant feeding. I. Guidelines for decision-makers (WHO/FRH/NUT 98.1). II. Guidelines for health care managers and supervisors (WHO/FRH/NUT 98.2). III. A review of HIV transmission through breastfeeding (WHO/FRH/NUT 98.3). Geneva.
- UNICEF, 2000 - Meeting on HIV and infant feeding. Nairobi, 9-10 October. Draft report.
- UNICEF, The Panos Institute. Stigma, 2001 - HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission. A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso. London.
- VAN DE PERRE P., SIMONON A., MSELLATI P. *et al.*, 1991 - Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *New England Journal of Medicine*, 325 : 593-8.
- VAN'T HOOG A.H., OTIENO J., MARUM L. *et al.*, 2002 - Low uptake of service in a pilot PMCT program in Kisumu, Kenya. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, MoOrF1033.
- WHO, 2000 - New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations. WHO Technical consultation. Geneva, 11-13 October, 21 p.
- WHO, 2001 - Effect of Breastfeeding on Mortality among HIV-infected Women. WHO Statement, 7 June.
- WHO/GPA, 1992 - Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding. *Weekly Epidemiological Record*, 24 : 177-9.
- WHO/Special Programme on AIDS, 1987 - Statement for the consultation on breastfeeding/breastmilk and HIV. Geneva, 23-25 June, WHO/SPA/INF/87.8.

Prise en charge de l'enfant infecté par le VIH en Afrique

Philippe Msellati

Introduction

Les premiers cas de sida pédiatrique ont été décrits dès 1982-83 dans les pays développés (Belgique, Etats-Unis, France), en Haïti et en Afrique centrale (Rwanda, Zaïre). L'infection par le VIH chez l'enfant a une spécificité par rapport à celle de l'adulte qui a été bien montrée par les études de suivi des enfants infectés dès la naissance (Blanche, a et b, 1998). Les enfants infectés par le VIH se répartissent en deux groupes distincts : environ 20 % qui développent très tôt, dans les premiers mois de vie, les signes de Sida maladie et les autres qui évoluent vers le stade Sida à un rythme beaucoup plus lent, de l'ordre de 3 à 4 %.

La situation des enfants infectés par le VIH en Afrique au sud du Sahara est transposable aux pays en développement en l'absence de large accès aux médicaments antirétroviraux.

En l'absence de traitements antirétroviraux réellement efficaces, la mortalité des enfants infectés par le VIH a été estimée à 140 pour 1000 dans la première année de vie pour atteindre 500 pour 1000 vers l'âge de neuf ans dans les pays du Nord. Elle est nettement plus élevée en Afrique puisqu'elle était évaluée à 230 pour mille à Kigali, au Rwanda, pour la première année de vie pour atteindre 500 pour 1000 à l'âge de 4 ans (Spira *et al.*, 1999) et estimée à 450 pour 1000 au Malawi à 3 ans. Elle est encore plus élevée en Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire et Burkina Faso) puisqu'elle atteint 500 pour 1000 à 18 mois de vie (Dabis *et al.*, 2001). Cette mortalité très élevée a de nombreuses causes intriquées : une exposition précoce et répétée à des maladies infectieuses, une malnutrition et des déficits en micro-nutriments multiples, un diagnostic peu ou pas fait entraînant une absence de prise en charge adaptée, un système de santé peu performant avec un accès inexistant ou extrêmement limité à des thérapeutiques efficaces, du fait de leur coût.

Cependant, si la moitié des enfants infectés par le VIH meurt avant l'âge de trois ans, cela signifie que l'autre moitié survit au-delà de la petite enfance. Il existe néanmoins très peu d'écrits dans la littérature concernant les enfants infectés par le VIH de plus de trois ans, en dehors de quelques études hospitalières (Lepage et Hitimana, 1991 ;

Lepage *et al.*, 1991), ce qui indique que le diagnostic est rarement fait et qu'il n'y a pas de prise en charge spécifique.

L'ONUSIDA a estimé le nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH dans le monde, durant l'année 2001, à 800 000. Le nombre d'enfants de moins de quinze ans vivant avec le VIH était estimé à 3 millions et 580 000 enfants sont décédés du Sida. Quatre-vingt-dix pour cent de ces enfants de moins de quinze ans sont ou étaient en Afrique, au sud du Sahara. Les enfants infectés par le VIH ont, dans leur immense majorité, acquis l'infection par la transmission mère-enfant mais la transmission sanguine ou les abus sexuels restent des modes d'acquisition dont l'importance est difficile à quantifier et très variable selon les pays et leur situation sanitaire et sociale.

Difficultés du diagnostic précoce

Une des difficultés majeures de l'infection par le VIH chez l'enfant en Afrique en est le diagnostic. Jusqu'à l'âge de 18 mois, les enfants nés de mère infectée par le VIH peuvent conserver les anticorps de leur mère, ce qui implique que les tests sérologiques usuels, utilisables pour le diagnostic chez l'adulte, ne permettent pas de distinguer la simple présence d'anticorps maternels, voués à disparaître si l'enfant n'est pas infecté lui-même, de l'existence d'anticorps élaborés par l'enfant lui-même en réaction à sa propre infection. Le diagnostic de l'infection chez ces jeunes enfants ne peut se faire qu'à l'aide de techniques sophistiquées, coûteuses et assez délicates à mettre en œuvre, qui ne sont disponibles que dans quelques grands centres urbains. La pratique de l'allaitement maternel, en maintenant l'exposition de l'enfant au virus complexifie encore ce diagnostic puisqu'un enfant allaité et négatif pour le VIH ne pourra être considéré comme indemne de l'infection que s'il a une sérologie négative, au plus tôt, deux mois après l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Au-delà de 18 mois, une simple sérologie positive est une preuve indiscutable de l'infection de l'enfant, mais cette infection est constituée d'affections non spécifiques, de symptômes présents dans de nombreuses autres maladies infectieuses, également présentes chez les enfants non infectés, en particulier au cours des premières années (Lepage, Hitimana, 1991 ; Dray Spira *et al.*, 2000). Au-delà de l'âge de 4 à 5 ans, dans de nombreux pays africains, l'existence d'enfants infectés par le VIH encore vivants est le plus souvent totalement ignorée, y compris par les personnels de santé et le diagnostic n'est donc même pas évoqué. L'absence de diagnostic ou de connaissance de l'infection par le VIH rend évidemment la prise en charge impossible ou, au minimum, non adaptée.

Aspects médicaux de la prise en charge

Alors que les connaissances sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont profondément évolué au cours des dernières années, et qu'aujourd'hui nous disposons de régimes courts d'AZT ou de Névirapine dont l'efficacité est prouvée (Dabis *et al*, 1999 ; Guay *et al.*,1999), et peu à peu utilisés dans des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (UNICEF 2000), la prise en charge des enfants infectés par le VIH, en particulier au-delà de 18 mois, reste extrêmement peu développée en Afrique. Pourtant de nombreux enfants continueront à être infectés par le VIH, à travers la transmission mère-enfant, en Afrique, dans les années à venir, parce que leurs mères n'auront pas eu accès à l'intervention antirétrovirale pendant la grossesse, en raison de la méconnaissance de leur statut vis-à-vis de l'infection et des interventions qui peuvent être proposées aux femmes VIH+ pendant la grossesse, mais aussi parce que leur efficacité ne dépasse pas, pour le moment, 50 % dans le contexte d'allaitement maternel et qu'elles ne peuvent donc supprimer tous les cas d'infection pédiatrique. Enfin, dans les pays où l'épidémie a plus de dix ans et atteint une proportion importante de femmes en âge de procréer, il existe d'ores et déjà un nombre non négligeable d'enfants, au-delà de la petite enfance, infectés par le VIH et vivant dans la communauté.

Dans les pays du Nord, grâce à la prise en charge collégiale de la maladie, la qualité des systèmes de santé, et l'accès des populations aux structures de santé, la mortalité a diminué avant l'émergence des traitements antirétroviraux efficaces.

D'autres obstacles existent quant à la mise en place d'une prise en charge des enfants infectés par le VIH. Une croyance largement répandue en Afrique de l'Ouest, et probablement dans d'autres régions d'Afrique, est qu'un enfant né de mère infectée par le VIH acquiert obligatoirement le VIH et qu'il va mourir très vite de Sida (Taverne, 1999). Il persiste vis-à-vis de l'infection de l'enfant, ce qui a longtemps dominé au sujet de l'infection de l'adulte, un sentiment que l'enfant est condamné et, ainsi, qu'il n'est peut-être pas utile de consacrer de maigres ressources à un combat à l'issue toujours fatale. Par ailleurs, au-delà des premières années, l'infection pédiatrique prend souvent la forme d'affections chroniques particulièrement décourageantes et difficiles à traiter telles que des affections cutanées persistantes, candidoses digestives à répétition, diarrhées chroniques et cachexies sévères. Ce caractère chronique et difficile à traiter, à côté de la peur d'acquérir l'infection par le VIH, joue certainement un rôle sur l'absence de mobilisation des personnels de santé (Fransman *et al.*, 2000). Enfin, la prise en charge de l'infection par le VIH n'est réellement efficace que si elle est réalisée par une équipe multidisciplinaire travaillant de façon collégiale, ce qui n'est encore que rarement le mode de fonctionnement des équipes soignantes dans les

pays du Sud, même si la prise en charge du Sida, en particulier chez l'adulte, fait émerger ce mode de travail des soignants.

La prise en charge de l'enfant infecté par le VIH est identifiée comme importante par des groupes de réflexion (Lepage *et al.*, 1998) mais il n'y a eu finalement que très peu de progrès durant la dernière décennie. Les enfants infectés par le VIH qui survivent au-delà de la petite enfance peuvent être relativement peu symptomatiques pendant de nombreuses années. Ils ont besoin d'une prise en charge adaptée qui doit inclure un soutien psychologique et communautaire spécifique du fait du caractère chronique de leur maladie. Par ailleurs, lorsqu'ils sont peu symptomatiques, par le fait même qu'ils résistent au VIH, ils peuvent nous apporter des informations importantes sur les facteurs d'évolution (et de résistance) de la maladie, tant du point virologique, immunologique (Van de Perre *et al.*, 1992) que génétique.

Le but de la prise en charge chez ces enfants devrait être de maintenir la meilleure qualité de vie le plus longtemps possible (Tudor-Williams, 2000). Cette prise en charge doit être la plus globale possible, impliquant des équipes multidisciplinaires incluant un ou des médecins, biologistes, infirmiers, psychologues, diététiciennes et kinésithérapeutes. Pour l'instant la prise en charge de l'enfant infecté par le VIH est une prise en charge complexe et qui ne peut se faire, au moins pour plusieurs années encore, que dans des grands centres urbains (Abidjan, Bouaké et quelques autres villes pour la Côte d'Ivoire).

Il existe des interventions médicales qui sont pertinentes et efficaces quant à la prise en charge de ces enfants entraînant une diminution de leur morbidité et de leur mortalité : une prophylaxie des infections bactériennes et opportunistes, une protection vaccinale, une attention particulière à la tuberculose, une supplémentation en micro-nutriments et une surveillance nutritionnelle. Il faut développer le diagnostic et la prise en charge des infections opportunistes. Enfin, à cette prise en charge, devrait s'ajouter un traitement par médicaments antirétroviraux avec une surveillance attentive de l'observance et de la survenue éventuelle d'effets secondaires de ces traitements. Les traitements antirétroviraux utilisés chez l'enfant dans les pays du Sud montrent la même efficacité que dans les pays du Nord (Casanueva *et al.*, 2000).

Prophylaxie des infections bactériennes et opportunistes

Avant l'émergence des thérapies anti-rétrovirales efficaces, des gains importants en termes de morbidité et de mortalité avaient été réalisés dans les pays du Nord grâce à une prophylaxie des infections bactériennes et opportunistes.

La pneumonie à *Pneumocystis carinii*, très présente en dessous de l'âge d'un an et existant aussi au-delà de cet âge, peut être prévenue avec succès par la prise quotidienne de cotrimoxazole. Cette même prophylaxie permet également de réduire la fréquence de survenue de certaines infections bactériennes. Une réunion de consensus,

conduite par l'ONUSIDA et l'OMS, recommande depuis mars 2000 l'usage de cette prophylaxie par le cotrimoxazole chez les enfants. Puisque le diagnostic d'infection par le VIH est impossible en routine dans les pays en développement avant l'âge d'un an, cette prophylaxie quotidienne devrait être réalisée chez tous les enfants nés de mère infectée par le VIH à partir de l'âge de six semaines. Lorsque l'enfant est identifié, de façon certaine, comme non infecté par le VIH, cette prophylaxie peut être arrêtée. Chez les enfants infectés, lorsque la période la plus critique est passée, autour de 18 mois de vie, un bilan clinique et immunitaire peut être réalisé pour décider la poursuite de la prophylaxie par cotrimoxazole ou son arrêt, au moins temporaire. Tout enfant présentant des signes cliniques ou une immunité altérée doit être sous cotrimoxazole en prise quotidienne.

Tuberculose et infections opportunistes

Si la tuberculose est peu présente chez les jeunes enfants infectés par le VIH, du fait d'une exposition faible, la situation n'est pas la même à mesure que les enfants grandissent. Elle doit être recherchée avec le plus grand soin et être évoquée devant tout problème de fièvre persistante, d'atteinte pulmonaire et de malnutrition. A partir de 5 ans, les enfants peuvent avoir déjà fait plusieurs tuberculoses et l'on peut rencontrer des problèmes de résistances bactériennes aux anti-tuberculeux. La prophylaxie anti-tuberculeuse peut être envisagée en particulier chez les enfants infectés par le VIH situés dans l'entourage proche d'un patient tuberculeux.

Les pneumopathies chroniques, fréquentes chez ces enfants aux lourds antécédents d'infections respiratoires, devraient bénéficier de kinésithérapie respiratoire, dont certains gestes peuvent être enseignés aux enfants et à leurs familles.

Les autres infections opportunistes nécessitent malheureusement bien souvent des moyens diagnostiques absents ou trop coûteux. Néanmoins, des recherches doivent être menées pour mieux connaître à quels germes sont soumis les enfants infectés par le VIH dans les pays en développement et quelle stratégie thérapeutique élaborer.

Traitements antirétroviraux

Les médicaments antirétroviraux sont le traitement de référence et tout devrait être mis en œuvre pour que les enfants infectés puissent en bénéficier partout. Les succès obtenus dans les pays du Nord sont tout à fait possibles dans les pays du Sud. La mise en œuvre de ces traitements nécessite un suivi clinique régulier et la formation à leur maniement des médecins et d'autres soignants, ainsi que la mise en place de consultations spécialisées. Le suivi de l'évolution clinique de l'enfant, et en particulier de son poids, permet d'avoir déjà des éléments essentiels quant à la bonne marche du traitement. Un suivi biologique simple permet d'avoir une idée de leur efficacité, et

surtout de surveiller les effets secondaires possibles. La mesure des lymphocytes CD4 est actuellement possible dans les grands centres urbains ; elle est coûteuse mais des techniques simples la rendant faisable dans des laboratoires modestement équipés à faible coût sont à l'étude (Didier *et al.*, 2001) sous la responsabilité de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida française. Cette mesure permet de suivre l'état du système immunitaire de l'enfant. Elle évolue rapidement sous traitement antirétroviral et est donc un très bon outil de surveillance de l'efficacité de ces traitements. Par contre, la mesure de la charge virale est certes un élément de suivi intéressant une à deux fois par an, mais elle est coûteuse et complexe à mettre en œuvre et n'apparaît plus comme indispensable à un bon suivi de ces traitements.

Vaccinations

Selon les recommandations de l'OMS, le calendrier vaccinal doit être respecté pour les enfants infectés par le VIH, à l'exception du BCG qui ne doit pas être pratiqué chez les enfants symptomatiques (WHO 1989). Les enfants infectés par le VIH bénéficieraient de la vaccination contre *Haemophilus influenzae* au même titre que les enfants non-infectés, cette bactérie étant responsable d'une part importante des infections pulmonaires et des méningites jusqu'à l'âge de deux ans. Enfin, la vaccination contre le pneumocoque aurait certainement un impact positif chez les enfants infectés au vu de la forte proportion d'infections à pneumocoques causant des méningites et des pneumonies. Mais l'efficacité des vaccins conjugués, actuellement existants, n'est pas connue dans les pays en développement.

Supplémentation en micro-nutriments et surveillance nutritionnelle

La supplémentation en vitamine A, peu coûteuse et simple à mettre en œuvre, semble intéressante chez les enfants infectés par le VIH en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité (Duggan et Fawzi, 2001). Elle pourrait également, selon une étude récente, avoir un effet sur la croissance des enfants infectés par le VIH (Villamor *et al.*, 2002).

La malnutrition et les états cachectiques sont très fréquents chez les enfants infectés par le VIH. A un stade avancé, ils sont très difficiles à prendre en charge avec succès (Beau *et al.*, 1999). La stratégie la plus efficace est la surveillance très régulière de l'état nutritionnel des enfants afin de pouvoir intervenir à un stade précoce de la malnutrition.

Autres dimensions de la prise en charge

Au-delà de la prise en charge médicale, il est d'autres aspects de la prise en charge des enfants infectés qui sont encore très peu abordés dans les pays en développement. La prise en charge psychosociale a fait l'objet d'expériences importantes en Afrique de l'Ouest dans des programmes soutenus dans leur mise en place initiale par la France (Delcroix, Floury, 2000). Quant au développement psychomoteur et psychologique, si nous disposons de quelques données sur le développement psychomoteur des jeunes enfants infectés en Afrique (Msellati *et al.*, 1993), il existe très peu de données en terme de suivi en Afrique. La prise en charge psychologique des enfants est réalisée dans les services des pays du Nord et les enjeux psychologiques sont du même ordre dans le sud (Funck-Brentano, 1998). Les enfants vivent les effets néfastes du VIH en ce qui concerne la relation avec leur mère et leur propre vécu (image du corps, souffrance, vécu de la maladie et des traitements, vécu face à la maladie et même au décès d'un ou des deux parents de la même maladie que celle dont ils sont porteurs...). Cette approche psychologique commence à être réalisée dans quelques pays (Aka-Dago-Akribi, 2001) et nécessite d'être approfondie et développée ailleurs. Chez les enfants les plus grands, une des difficultés rencontrées le plus souvent par les familles est le problème de l'annonce de sa maladie à l'enfant ou l'adolescent.

Un aspect également rarement abordé, alors qu'il est possible sans moyens financiers ou techniques importants, est le traitement de la douleur et, quand l'enfant est en fin de vie, malgré la prise en charge, tout ce qui concerne les traitements palliatifs.

Aspects organisationnels de la prise en charge

Dans les pays du Nord, la prise en charge de l'enfant malade chronique se fait dans le cadre d'un réseau associatif. Dans les pays du Sud, tout un aspect de cette prise en charge peut être développé au sein de la communauté dans laquelle la structure de soins existe. En particulier, les associations de personnes vivant avec le VIH, et plus spécifiquement de femmes, peuvent jouer un rôle déterminant (Dossou, 2001). Elles peuvent réunir et informer les familles sur des aspects imparfaitement compris et identifier avec elles les problèmes les plus importants qu'elles rencontrent. A l'aide de visites à domicile, elles peuvent apporter une aide quant à la prise des médicaments et à l'observance lorsque les traitements sont prolongés. Elles peuvent également identifier les familles les plus démunies et leur apporter un soutien nutritionnel. Enfin, lorsque les enfants vont bien d'un point de vue médical, la scolarité est une préoccupation majeure des familles et la communauté peut apporter un soutien scolaire matériel (fournitures, uniformes...), mais aussi en ce qui concerne une aide scolaire à domicile ou l'organisation de cours de rattrapage pour les enfants que l'absentéisme, pour raisons médicales, a pu mettre en retard quant à leur cursus scolaire.

Enfin, il y a certainement une réflexion à mener sur une prise en charge familiale de l'infection par le VIH. Il s'agit de mettre en place des mécanismes pour traiter les parents infectés des enfants eux aussi infectés par le VIH (et de leurs frères et sœurs indemnes de l'infection) afin d'éviter, à moyen terme, qu'ils ne soient orphelins.

Conclusion

Après 20 ans d'une épidémie meurtrière, l'infection pédiatrique par le VIH, au-delà de la petite enfance, reste la grande oubliée de la prise en charge de l'infection par le VIH en Afrique, au sud du Sahara.

Toute une gamme d'interventions efficaces est possible permettant de réduire la morbidité et la mortalité de ces enfants au-delà de la petite enfance, mais aussi de mettre en lumière l'importance du problème dans les pays touchés par l'épidémie de VIH. La France est le seul pays du Nord à avoir, avec les pays concernés, à notre connaissance, en plus du FSTI, développé de la recherche clinique autour de la prise en charge de l'enfant infecté par le VIH, les autres pays du Nord faisant essentiellement de la recherche sans développer la prise en charge qui doit lui être nécessairement associée. Trois institutions françaises, l'Institut de Recherche pour le Développement, l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida en co-financement avec le Ministère des Affaires Étrangères ont développé un programme de prise en charge d'enfants infectés par le VIH en Côte d'Ivoire depuis 2000 ; l'ANRS et le MAE en soutiennent également un au Burkina Faso. Ces deux programmes sont également soutenus par des services hospitaliers de pédiatrie qui offrent leur expertise (CHU Necker à Paris et CHU de Montpellier). Cette recherche clinique qui permet de mieux développer les outils de prise en charge de l'enfant est indispensable et devrait être développée dans tous les pays où les enfants infectés par le VIH souffrent en silence dans la communauté, oubliés de tous.

A notre connaissance, en Afrique, il n'y a que deux pays, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, qui prennent en charge les enfants infectés par le VIH et qui offrent les traitements antirétroviraux gratuitement à ces enfants, même si cela ne concerne encore qu'un très faible nombre d'enfants, puisqu'ils sont à peine plus d'une centaine sur les deux pays à être ainsi traités. D'autres pays, tels que l'Ouganda et le Nigeria, mettent en place une prise en charge par antirétroviraux des enfants (Ekong *et al.*, 2002). Ailleurs, comme par exemple en Afrique du Sud, il n'y a encore rien de développé et il est remarquable que Nkosi Johnson, enfant infecté par le VIH, porte-parole de la lutte contre l'épidémie à la Conférence Mondiale de Durban en juillet 2000, n'ait jamais reçu de traitement antirétroviral jusqu'à son décès. La mise sous antirétroviraux des enfants a pu se faire grâce à l'existence d'initiatives nationales d'accès aux traitements antirétroviraux et à la mobilisation de fonds. Ces fonds étaient

en partie nationaux et en partie donnés par le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI) qui a été créé par la France en 1998 et qui, à partir de 2001, a subventionné la totalité des traitements antirétroviraux des enfants en Côte d'Ivoire. Le FSTI n'ayant qu'une existence limitée dans le temps du fait de son caractère pilote, le Fonds Mondial des Nations unies, créé récemment, doit certainement, aux côtés des pays concernés, en prendre le relais et s'atteler à la tâche immense de les rendre disponibles dans les autres pays africains pour les enfants mais aussi contribuer à les rendre disponibles aux adultes.

L'accès aux traitements du Sida dans les pays en développement

Sophie Le Cœur

La 14^{ème} Conférence Internationale sur le Sida à Barcelone en juillet 2002 a été l'occasion d'un important plaidoyer pour l'accès aux traitements anti-rétroviraux des patients infectés par le VIH dans les pays en voie de développement. Les combinaisons d'anti-rétroviraux (tri ou quadrithérapies) actuellement utilisées permettent de prolonger très significativement la durée de vie des personnes infectées par le VIH et ont désormais transformé, dans les pays industrialisés, le Sida en maladie chronique. Dans les pays en développement où vivent l'immense majorité des personnes infectées par le VIH (plus de 95 %), ces traitements ne sont toutefois accessibles qu'à un nombre extrêmement réduit de patients.

Jusqu'à l'an 2000, le coût des traitements anti-rétroviraux fournis par l'industrie pharmaceutique était très élevé, plusieurs milliers d'euros par an. Au cours des deux dernières années, les prix ont considérablement baissé grâce à un intense « lobbying » international auprès de l'industrie pharmaceutique, la mise sur le marché de produits génériques compétitifs beaucoup moins chers, et leur fabrication locale notamment au Brésil, en Inde et en Thaïlande.

Mis à part ces traitements qui agissent directement pour empêcher la réplication du virus, les patients dont les défenses immunitaires sont réduites doivent également prendre des traitements préventifs pour empêcher la survenue d'infections opportunistes (maladies qui se développent chez les patients immunodéprimés et qui sont la cause d'une importante morbidité et mortalité). Ces traitements préventifs, qui ont permis un premier recul de la morbidité et de la mortalité chez les patients atteints de Sida dans les pays industrialisés dès les années 1980, sont facilement accessibles et sont peu onéreux pour la plupart.

L'ensemble de ces traitements nécessite des prises très régulières (une bonne observance), pour une durée indéfinie, et un suivi clinique et biologique rigoureux pour l'évaluation de leur efficacité et de leur toxicité. Dans les pays industrialisés, la surveillance de l'efficacité des traitements est effectuée tous les 3 ou 6 mois avec une numération des lymphocytes CD4 qui reflète l'état immunitaire et une mesure de la charge virale VIH (quantité de virus dans le sang). Ces examens sont très coûteux de telle sorte que, dans les pays où les ressources sont limitées, la surveillance biologique est souvent espacée, réduite aux examens les moins chers, voire purement cliniques. Des méthodes de surveillance simplifiées et moins coûteuses sont en cours d'évaluation. L'OMS a produit des recommandations spécifiques pour la conduite et la surveillance des traitements anti-rétroviraux dans les pays en voie de développement.

Enfin, l'utilisation d'anti-rétroviraux (AZT et/ou Névirapine), chez la femme enceinte séropositive en fin de grossesse et chez le nourrisson, s'est révélée d'un rapport coût-efficacité extrêmement favorable pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Devant l'efficacité remarquable de ces traitements et leur impact bénéfique non seulement pour les patients mais également pour l'organisation de la prévention et de la prise en charge des malades, les Nations unies ont fait de l'accès aux anti-rétroviraux une priorité de l'aide

internationale.

Quels sont les résultats des programmes d'accès aux anti-rétroviraux dans les pays du Sud ?

En Afrique, les programmes d'accès aux anti-rétroviraux mis en place au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Mali, en Ouganda, au Botswana, au Zimbabwe et en Afrique du Sud, portent sur un nombre encore réduit de patients mais démontrent leur faisabilité et leur bonne acceptabilité dans le cadre de projets-pilotes subventionnés par le gouvernement. Dans ces projets, les patients prennent en charge une partie des frais médicaux occasionnés par leur maladie, dans la mesure de leurs moyens. L'observance aux traitements est généralement bonne et l'efficacité satisfaisante malgré des moyens de surveillance limités. L'impact de ces programmes est également positif sur les comportements de prévention (meilleure acceptabilité du dépistage, absence de recrudescence des comportements à risque).

En Asie, les expériences rapportées concernent essentiellement la Thaïlande où plusieurs programmes d'accès aux anti-rétroviraux, initiés par le Ministère de la santé et par des organisations non gouvernementales, montrent l'importance de la formation du personnel médical (formation au conseil et au maniement des anti-rétroviraux), de la promotion de réseaux de laboratoires et de médecins pour une approche en équipe impliquant également le milieu associatif et les groupes de personnes atteintes. La mise en place de systèmes de gestion des stocks de médicaments et d'un « monitoring » permettant l'évaluation globale des programmes est également indispensable. Là encore, ces programmes ne concernent qu'un nombre limité de patients.

En Amérique du Sud, le Brésil fait figure de pionnier avec son programme universel et gratuit d'accès aux anti-rétroviraux. La majorité de ces ARV y sont fabriqués localement à un coût bien moindre que ceux produits par l'industrie pharmaceutique. Entre 1997 et 2001, 113 000 patients ont été traités, le taux de mortalité par Sida a diminué de plus de la moitié, le taux d'hospitalisation a diminué des deux-tiers, permettant l'économie de plus d'un milliard d'euros. L'exemple d'Haïti montre que les traitements pour le Sida peuvent être mis en place, même dans un contexte d'extrême pauvreté, grâce à la participation des communautés locales soutenues par l'aide internationale.

Au cours de la conférence de Barcelone, l'OMS déclarait qu'en tout 230 000 personnes avaient accès à une thérapie anti-rétrovirale dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (dont la moitié au Brésil) alors que le nombre de personnes qui en avaient besoin était de 6 millions environ. Sur la base des engagements pris lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le Sida en Avril 2002, et grâce à la constitution d'un « Fonds mondial pour le Sida, la tuberculose et le paludisme », l'OMS a estimé qu'au moins trois millions de personnes devraient être traités d'ici 2005, c'est-à-dire dix fois plus qu'aujourd'hui.

La communauté internationale doit être convaincue que, même si ces traitements paraissent encore chers pour les pays les plus pauvres, ils constituent un investissement indispensable par leur impact majeur d'un point de vue aussi bien social et humain qu'économique pour les pays les plus touchés.

Bibliographie

- AKA-DAGO-AKRIBI H. pour le Projet Enfant Yopougon, 2001 - Prise en charge psychologique du jeune enfant infecté par le VIH et né de mère séropositive, Abidjan, Côte d'Ivoire. XII^{ème} Congrès International sur le Sida et les Maladies sexuellement transmissibles en Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso, 9-13 décembre. Résumé 11PT2-114.
- BEAU J.-P., IMBOUA-COULIBALY L., DESGREES DU LOU A., 1999 - Impact de la prise en charge nutritionnelle sur la mortalité d'enfants malnutris infectés ou non par le VIH. *Santé*, 9 : 163-7.
- BLANCHE S. a, 1998 - "Profil évolutif et suivi de la maladie". in Blanche S. (éd.). L'infection par le VIH de la mère et de l'enfant. Paris, Flammarion, *Médecine-sciences* : 77-87.
- BLANCHE S. b, 1998 - Traitement antirétroviral. in Blanche S. (éd.). L'infection par le VIH de la mère et de l'enfant. Paris, Flammarion, *Médecine-sciences* : 199-219.
- CASANUEVA E., LUCCARINI M., CAMMARIERI G. *et al.*, 2000 - Evolution of HIV infected children under antiretroviral therapy in developing countries. XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July. [ThPeB5128].
- DABIS F., MSELLATI P., MÉDA N. *et al.*, 1999 - Six months efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine in reducing vertical transmission of HIV in breast-fed children: A double-blind placebo controlled multicentre trial, ANRS 049a, Côte d'Ivoire and Burkina Faso. *Lancet*, 353 : 786-92.
- DABIS F., ELENGA N., MEDA N. *et al.*, 2001 - 18 Months mortality and perinatal exposure to zidovudine in West Africa. *AIDS*, 15 : 771-9.
- DELCROIX S., FLOURY D., 2000 - Faire face ensemble. Le soutien psychosocial aux personnes affectées par le VIH/sida en Afrique, l'expérience des centres SAS. *Solidarité Action Sociale*, Paris, 240 p.
- DIDIER J.M., KAZATCHKINE M.D., DEMOUCHEY C. *et al.*, 2001 - Comparative assessment of five alternative methods for CD4+ T-lymphocyte enumeration for implementation in developing countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 26 : 193-5.
- DOSSOU R., 2001 - Soutien psychosocial des femmes et enfants infectés ou affectés. L'expérience de l'association AMEPOUH. XII^{ème} Congrès International sur le Sida et les Maladies sexuellement transmissibles en Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso, 9-13 décembre. Résumé 12PT6-535.
- DRAY-SPIRA R., LEPAGE P. and DABIS F., 2000 - Prevention of infectious complications of pediatric HIV infection in Africa. *AIDS*, 14 : 1091-99.
- DUGGAN C., FAWZI W., 2001 - Micronutrients and child health : studies in international nutrition and HIV infection. *Nutr. Rev.*, 59 : 358-69.
- EKONG E., GRANT-ISIBOR I., IGBU T., UWAH A., 2002 - Evaluation of ritonavir in combination with stavudine and lamivudine in HIV-infected children in 4 Nigerian centres. 9th Conference on Retroviruses and opportunistic infections. 24-28 February, Seattle, WA, USA. Abstract 808-W.
- FRANSMAN D., MCCULLOCH M., LAVIES D., HUSSEY G., 2000 - Doctors' attitudes to the care of children with HIV in South Africa. *AIDS Care*, 12 : 89-96.
- FUNCK-BRENTANO I., 1998 - Enjeux psychologiques. in Blanche S. (éd.). L'infection par le VIH de la mère et de l'enfant. Paris, Flammarion, *Médecine-sciences* : 258-77.

- GUAY L.A., MUSOKE P., FLEMING T. *et al.*, 1999 - Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354 : 795-802.
- LEPAGE P., HITIMANA D.G., 1991 - Natural history and clinical presentation of HIV-1 infection in children. *AIDS*, 5 (Suppl 1) : S117-25.
- LEPAGE P., VAN DE PERRE P., VAN VLIET G. *et al.*, 1991 - Clinical and endocrinological manifestations in perinatally HIV-1 infected children aged five years or more. *Am. J. Dis. Child.*, 145 : 1248-51.
- LEPAGE P., SPIRA R., KALIBALA *et al.*, 1998 - Care of Human Immunodeficiency virus-infected children in developing countries. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 17 : 581-6.
- MSELLATI P., LEPAGE P., HITIMANA D.G., VAN GOETHEM C., VAN DE PERRE P. and DABIS F., 1993 - Neurodevelopmental testing of children born to Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) seropositive and seronegative mothers. A prospective cohort in Kigali, Rwanda. *Pediatrics*, 92 : 843-8.
- ONUSIDA, 2000 - L'ONUSIDA et l'OMS saluent le consensus sur l'utilisation du cotrimoxazole dans la prévention des infections associées au VIH en Afrique. <http://www.unaids.org/whatsnew/press/frn/pressarc00/geneva050400.html>
- ONUSIDA, Rapport ONUSIDA, 2001 - <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/french/barcelona%20report/table1.fr.html>
- SPIRA R., LEPAGE P., MSELLATI P. *et al.*, 1999 - Natural history of Human Immunodeficiency Virus type 1 infection in children : a five-year prospective study in Rwanda. *Pediatrics*, 104, p.e56.
- TAVERNE B., 1999 - Représentations de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso. *Santé*, 9 : 195-9.
- TUDOR-WILLIAMS G., 2000 - Current issues in tropical paediatric infectious diseases. HIV infection in children in developing countries. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 94 : 3-4.
- UNICEF/UNAIDS/WHO/UNFPA, 2000 - African Regional Meeting on pilot projects for the prevention of mother to child transmission of HIV. March 27-31. Gaborone, Botswana. Report : 57 p.
- VAN DE PERRE P., LEPAGE P., SIMONON A. *et al.*, 1992 - Biological markers associated with prolonged survival in African children maternally infected by the Human Immunodeficiency Virus type-1. *AIDS Res.Hum.Retrovir.*, 8 : 435-42.
- VILLAMOR E., MBISE R., SPIEGELMAN *et al.*, 2002 - Vitamin A supplements ameliorate the adverse effects of HIV-1, malaria, and diarrheal infections on child growth. *Pediatrics*, 109 : E6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989 - Global programme on AIDS and expanded programme on immunization. Joint WHO/UNICEF statement on early immunization for HIV-infected children. *Wkly. Epidemiol.Rec.*, 64 : 48-9.

- GUAY L.A., MUSOKE P., FLEMING T. *et al.*, 1999 - Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354 : 795-802.
- LEPAGE P., HITIMANA D.G., 1991 - Natural history and clinical presentation of HIV-1 infection in children. *AIDS*, 5 (Suppl 1) : S117-25.
- LEPAGE P., VAN DE PERRE P., VAN VLIET G. *et al.*, 1991 - Clinical and endocrinological manifestations in perinatally HIV-1 infected children aged five years or more. *Am. J. Dis. Child.*, 145 : 1248-51.
- LEPAGE P., SPIRA R., KALIBALA *et al.*, 1998 - Care of Human Immunodeficiency virus-infected children in developing countries. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 17 : 581-6.
- MSELLATI P., LEPAGE P., HITIMANA D.G., VAN GOETHEM C., VAN DE PERRE P. and DABIS F., 1993 - Neurodevelopmental testing of children born to Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) seropositive and seronegative mothers. A prospective cohort in Kigali, Rwanda. *Pediatrics*, 92 : 843-8.
- ONUSIDA, 2000 - L'ONUSIDA et l'OMS saluent le consensus sur l'utilisation du cotrimoxazole dans la prévention des infections associées au VIH en Afrique. <http://www.unaids.org/whatsnew/press/frn/pressarc00/geneva050400.html>
- ONUSIDA, Rapport ONUSIDA, 2001 - <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/french/barcelona%20report/table1.fr.html>
- SPIRA R., LEPAGE P., MSELLATI P. *et al.*, 1999 - Natural history of Human Immunodeficiency Virus type 1 infection in children : a five-year prospective study in Rwanda. *Pediatrics*, 104, p.e56.
- TAVERNE B., 1999 - Représentations de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso. *Santé*, 9 : 195-9.
- TUDOR-WILLIAMS G., 2000 - Current issues in tropical paediatric infectious diseases. HIV infection in children in developing countries. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 94 : 3-4.
- UNICEF/UNAIDS/WHO/UNFPA, 2000 - African Regional Meeting on pilot projects for the prevention of mother to child transmission of HIV. March 27-31. Gaborone, Botswana. Report : 57 p.
- VAN DE PERRE P., LEPAGE P., SIMONON A. *et al.*, 1992 - Biological markers associated with prolonged survival in African children maternally infected by the Human Immunodeficiency Virus type-1. *AIDS Res.Hum.Retrovir.*, 8 : 435-42.
- VILLAMOR E., MBISE R., SPIEGELMAN *et al.*, 2002 - Vitamin A supplements ameliorate the adverse effects of HIV-1, malaria, and diarrheal infections on child growth. *Pediatrics*, 109 : E6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989 - Global programme on AIDS and expanded programme on immunization. Joint WHO/UNICEF statement on early immunization for HIV-infected children. *Wkly. Epidemiol.Rec.*, 64 : 48-9.

Les besoins dans le domaine de la santé de la reproduction et des droits reproductifs sont en croissance, aussi bien parmi les enfants que les adolescents et les adultes. De plus en plus d'enfants sont soit infectés par le VIH, soit orphelins, soit dans des familles touchées par la maladie. Des cohortes d'adolescents de plus en plus nombreuses débutent précocement leur vie sexuelle, avec l'émergence d'une période autonome de sexualité juvénile les exposant à des risques d'infections sexuellement transmissibles, d'infection à VIH, de grossesses non désirées et d'abus sexuels. De plus en plus de femmes et d'hommes adultes sont infectés par le VIH, et un nombre de plus en plus important de lits d'hôpitaux sont occupés par des malades souffrant d'une infection opportuniste liée au VIH ou du stade Sida lui-même, ou encore de patients atteints de tuberculose pulmonaire, avec des durées de séjour relativement longues. A la différence d'autres pathologies, le Sida est une maladie qui nécessite une prise en charge régulière et au long cours.

De nouveaux besoins font leur apparition en matière de régulation de la fécondité. Le recours de plus en plus fréquent à l'avortement en est une expression. Pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité, ces avortements ont des conséquences parfois à long terme sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et des femmes. Les services de gynécologie-obstétrique voient leurs ressources significativement grevées par la prise en charge des avortements incomplets ou des complications d'avortement. Ces interruptions de grossesse mettent en lumière des besoins non satisfaits en matière de planification des naissances.

Dans les pays du Sud les plus concernés par ces évolutions sanitaires, les systèmes de santé, aux capacités déjà limitées, sont déstabilisés. Globalement, le ratio de personnel médical par habitant est insuffisant, ainsi que le taux de couverture des infrastructures sanitaires, et il existe de grandes disparités sur ce plan entre milieu urbain et milieu rural. Sans compter la réduction des budgets de santé des États confrontés à la crise économique et aux programmes d'ajustement structurel.

Mais le problème ne se pose pas uniquement en termes quantitatifs. L'offre en planification familiale doit s'améliorer également d'un point de vue qualitatif pour dispenser des prestations de meilleure qualité. Le *counselling* notamment doit être plus approfondi pour que les femmes comprennent mieux les options contraceptives qui leur sont offertes et fassent un choix réel et éclairé de ces méthodes, en comprenant les avantages et inconvénients éventuels de chacune. Plus la gamme de choix dans les méthodes contraceptives sera large, plus les chances seront grandes que les femmes y trouvent une méthode de contraception adaptée à leur situation et à leurs besoins. Deux méthodes offrent aux femmes des opportunités particulièrement intéressantes pour réguler leur fécondité : le RU486 et la contraception d'urgence. Le RU486 permettra d'éviter des avortements à risque. C'est une méthode efficace et dont les effets secondaires sont limités. La contraception d'urgence présente l'avantage de donner aux femmes un moyen de gérer leur sexualité et les risques de grossesses. Ce constat s'applique particulièrement aux jeunes femmes pour lesquelles l'accès à la contraception est restreint : ce type de méthode est particulièrement utile en cas de rapports sexuels non prévus et représente une alternative certaine à l'avortement. De la

même façon, l'offre est inadaptée pour assurer la sécurité des accouchements et des avortements, le dépistage de l'infection à VIH et la prévention du Sida, et enfin le traitement médical et la prise en charge psycho-sociale des personnes infectées. Pour répondre aux besoins dans tous ces domaines, il est indispensable de renforcer les qualifications du personnel, et d'investir massivement dans la formation d'infirmiers, de sages-femmes, de médecins, de gynécologues-obstétriciens, d'assistants sociaux et de psychologues.

Les barrières d'accès à ces services sont également de nature économique et sociale. En ce qui concerne les barrières économiques, il y a lieu de souligner que l'accès à la santé coûte de plus en plus cher, dans un contexte de crise économique et de politiques d'ajustement structurel. Dans certains pays, les organisations non gouvernementales ont joué un rôle significatif en complément ou en substitution du secteur public, dans le domaine de la planification familiale et de la lutte contre le Sida. Leur rôle est important dans une période de réduction des budgets des États, mais encore faudrait-il pouvoir assurer la pérennité de leurs interventions. Malgré des baisses de prix considérables, les médicaments anti-rétroviraux restent hors d'accès pour la majorité des patients dans les pays du Sud, et les ressources allouées en faveur du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme sont insuffisantes pour couvrir les besoins, estimés à 10 milliards de dollars par an, uniquement pour la lutte contre le Sida.

En ce qui concerne les barrières sociales, l'accès aux programmes est loin d'être libre et sans contrainte pour de nombreuses femmes ; dans bien des pays l'accord du conjoint ou du père est exigé pour certains actes (accès à la planification familiale et à l'avortement). Par ailleurs, la faible autonomie financière et parfois décisionnelle des femmes, leur manque d'éducation et d'information, sont autant d'éléments qui restreignent leur capacité à exercer pleinement leurs droits reproductifs, et à satisfaire leurs besoins en matière de santé de la reproduction. Les femmes sont parfois aussi "soumises" aux décisions des personnels de santé.

Recommandations

Cet état des lieux en matière de santé de la reproduction révèle les limites des données disponibles. Dans les pays africains, à l'exception du champ couvert par les Enquêtes Démographiques et de Santé (enquêtes DHS), les données manquent pour apprécier la situation des populations en matière de santé de la reproduction, mais aussi des indicateurs pertinents dans le domaine des droits reproductifs. Pour pallier ces insuffisances, il convient de développer des recherches approfondies afin de mieux décrire la nature des problèmes, mesurer leur ampleur et leur évolution, mieux analyser et comprendre les facteurs socio-démographiques et culturels sous-jacents, et

évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande des services en santé de la reproduction. Cet ensemble de connaissances est indispensable pour développer des politiques et des programmes de santé réellement adaptés aux réalités locales, et mesurer l'impact de ces problèmes de santé sur le développement des pays.

Si les Etats ont manifesté une volonté politique d'adhérer au programme d'action du Caire, des efforts restent à faire pour la concrétisation des actions sur le terrain. L'accès des populations à la santé de la reproduction nécessite de réorganiser les services de santé, d'assurer la formation du personnel, de mettre à disposition des ressources suffisantes pour le fonctionnement, et enfin de trouver les moyens de réduire les barrières qui freinent le recours aux soins.

La non-légalisation de l'avortement amène à des pratiques illégales à risque pour la santé des femmes. Si la question de la légalisation de l'avortement est un sujet sensible, il est important de mettre en relief toutes les conséquences sanitaires associées à l'interdiction de cette pratique. Une meilleure formation des personnels de santé au *counselling* post-abortum permettrait d'éviter les « récidives » de ces avortements, et d'améliorer les traitements des complications par des méthodes plus légères d'un point de vue médical (aspiration au lieu du curetage par exemple), moins coûteuses et moins traumatisantes pour les femmes.

Dans les programmes de santé de la reproduction, l'accent doit être mis en priorité sur la question de la santé des adolescents, qui doivent être un groupe cible privilégié dans la santé de la reproduction à cause de leur vulnérabilité biologique et sociale. Or ils restent exclus assez systématiquement des programmes pour des raisons aussi bien sociales (sexualité non reconnue) qu'économiques, mais aussi par manque d'information. Pour répondre aux besoins particuliers de cette tranche d'âge, il convient donc d'élargir l'accès aux programmes dans les structures existantes, ou encore de développer des programmes d'éducation et d'intervention ou des structures spécifiques pour les adolescents (par exemple, dans le cadre de centres de loisirs, dans le milieu scolaire). Les femmes sont parfois aussi "soumises" à l'autorisation du conjoint pour l'obtention de certaines prestations en santé de la reproduction, ce qui constitue un frein supplémentaire à l'exercice de leurs droits reproductifs. Le *counselling* dans la prescription d'actes médicaux, en particulier de planification familiale, est souvent insuffisant pour différentes raisons : manque de qualification du personnel de santé, manque de temps, manque de considération, non-respect de la confidentialité et manque d'information expliquent que les femmes ne fassent pas de choix éclairé.

Il est également essentiel de réfléchir à une meilleure adaptation des recommandations transmises par le *counselling* d'une part au contexte social et culturel des populations, d'autre part aux dimensions psychologiques du vécu de l'infection à VIH. Une des difficultés spécifiques de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement tient au fait qu'elle ne dépend pas que des attitudes des mères, mais également des attitudes de l'ensemble du corps social, du statut des femmes, et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH. De la même manière, les difficultés de

dépistage de l'infection à VIH, aussi bien chez les femmes enceintes que dans la population générale, tiennent en grande partie à l'absence de perspectives concrètes de prise en charge thérapeutique. C'est en ce sens que l'on peut dire que le traitement est l'allié de la prévention, d'autant plus que, en cas de rapport sexuel non protégé avec une personne traitée, le risque de transmission est probablement moindre qu'avec une personne non traitée. Enfin, les conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, dispensés aux femmes comme aux hommes séropositifs, sont en contradiction profonde avec le besoin de survie des personnes de leur descendance qui renforce encore plus le désir d'enfant dans cette situation.

Dans un contexte de besoins croissants en santé de la reproduction, les plans d'ajustement structurel et les politiques de recouvrement des coûts qui en découlent accroissent sensiblement le montant des prestations. Par conséquent, la charge financière que représentent les soins de santé est de plus en plus lourde pour les populations, confrontées à une crise économique et à l'absence quasi générale de couverture sociale. Cette charge constitue un frein à l'utilisation des services et la question se pose avec d'autant plus d'acuité pour l'accès des personnes infectées par le VIH aux anti-rétroviraux, qui sont des médicaments chers et prescrits à vie aux patients. Des initiatives telles que le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI), mis en place par la France, ont montré qu'il était possible d'améliorer l'accessibilité économique de ces traitements pour les populations des pays du Sud, mais, à ce jour, seule une petite frange de la population a pu en bénéficier. Pour améliorer l'accès des femmes comme des hommes aux services de santé et permettre l'exercice des droits reproductifs, il est important de lever les barrières sociales que constituent les manques d'éducation et d'information, et d'améliorer la place des femmes dans la société en renforçant ainsi leur autonomie décisionnelle et économique.

Le soutien de la France aux activités en matière de santé de la reproduction

La France a des partenariats bilatéraux et/ou multilatéraux dans le cadre de coopérations techniques, de financement de programmes sanitaires ou de recherche. Par sa contribution aux activités des agences des Nations unies (FNUAP, ONUSIDA, UNIFEM, UNICEF, PNUD et OMS), elle participe au financement des programmes en matière de population, et particulièrement à des programmes d'intervention et de recherche relatives à la planification familiale, au VIH/Sida et autres maladies sexuellement transmissibles, et à la santé maternelle et infantile.

Le montant de l'Aide Publique au Développement en 1999 s'élevait à 34,7 milliards de francs soit 0,39 % du PIB, et de nombreuses interventions ont été mises en oeuvre par la Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGCID). En matière de lutte contre le Sida, l'engagement de la France envers les pays du Sud s'est concrétisé à la fois par une aide financière et une coopération scientifique et médicale. En 1998, la France a créé le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI), qui a subventionné une grande partie des traitements antirétroviraux des enfants en Côte d'Ivoire. En 2001, la France s'est engagée financièrement en faveur du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, et a réaffecté 10 % de l'annulation de la dette à la lutte contre le Sida dans les pays du Sud. En même temps, le gouvernement français a proposé la création d'une initiative de jumelage d'hôpitaux de pays du Nord avec des hôpitaux de pays du Sud, pour assurer un transfert de savoir-faire (Initiative ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau). Une dizaine de pays européens soutiennent ce programme, et quarante hôpitaux français ont manifesté leur intention d'y participer. Dans le domaine des traitements, la Croix-Rouge Française et l'OPALS (Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida) ont développé sept centres de traitement ambulatoires en Afrique. L'Agence Nationale de Recherche sur le Sida s'est beaucoup impliquée dans la recherche portant sur la transmission mère-enfant en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud, et dans ce cadre, dans la prise en charge thérapeutique. En matière de santé maternelle, la France a financé une étude multi-centrique de la morbidité maternelle dans six pays d'Afrique francophone (MOMA), dans le but de parvenir à la définition des meilleures stratégies d'action concernant ce problème, et des programmes bi-multilatéraux sur la planification familiale sont en cours en Côte d'Ivoire et à Madagascar. Enfin, les organismes français de recherche sont très actifs dans le domaine de la santé de la reproduction : à l'Institut National d'Études Démographiques (INED), à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), plusieurs équipes travaillent sur ces questions dans les pays du Sud.

Table des matières

Liste des auteurs

Sommaire

INTRODUCTION

<i>Agnès Guillaume et Myriam Khlal</i>	1
--	---

LA SANTE DE LA REPRODUCTION : UNE EMERGENCE DES DROITS INDIVIDUELS

<i>Doris Bonnet et Agnès Guillaume</i>	11
Introduction	11
De la santé maternelle et infantile à la santé de la reproduction	12
Les acteurs de la santé de la reproduction	17
Le libre choix : utopie ou réalité ?	21
Conclusion	28
Bibliographie.....	30

LA SEXUALITE ET LES MODES DE REGULATION DE LA FECONDITE

SEXUALITE PRECONJUGALE ET RAPPORTS DE GENRE EN AFRIQUE : UNE COMPARAISON AVEC L'AMERIQUE LATINE

<i>Michel Bozon et Véronique Hertrich</i>	35
Initiation sexuelle et premier mariage : des contrastes entre sexes qui dépassent les différences régionales	36
L'âge aux premiers rapports sexuels en Afrique : plus tardif chez les femmes, plus précoce chez les hommes	39
Calendrier des premiers rapports sexuels : examen de quelques pays aux évolutions contrastées	42
Premiers rapports et première union : la sexualité préconjugale se développe-t-elle ?	45
Vue d'ensemble et conclusion	48
Bibliographie.....	51

LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

<i>Agnès Guillaume</i>	55
Introduction	55
Prévalence de la contraception en Afrique dans les années 1990	57
Tendances de la prévalence contraceptive	61
Variations de la prévalence contraceptive selon les caractéristiques des femmes	63
Relation entre contraception et fécondité	67
Conclusion	68
Bibliographie	72

FREQUENCE ET CONDITIONS DU RECOURS A L'AVORTEMENT

<i>Agnès Guillaume</i>	73
Introduction	73
Les politiques relatives à l'avortement	74
Fréquence de l'avortement dans ce contexte d'illégalité	75
Les méthodes d'avortement	79
L'avortement : une cause importante de morbidité et mortalité maternelles	80
Le profil des femmes qui ont recours à l'avortement	83
Les raisons de l'avortement	84
Avortement et contraception : une relation complexe	88
Conclusion	90
Bibliographie.....	91

L'INFECTION A VIH DANS SES LIENS AVEC LA FECONDITE ET LA SANTE DE L'ENFANT

SIDA ET FECONDITE

<i>Annabel Desgrées du Loû</i>	97
Relation VIH/Sida-fertilité-fécondité : les effets biologiques	97
Influences du VIH/Sida sur les comportements de fécondité	99
Conséquences de ces relations complexes entre Sida et fécondité à l'échelle des populations	103
Conclusion	105
Bibliographie.....	107

PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

<i>Sophie Le Coeur</i>	109
Transmission mère-enfant du VIH	109
Prévention de la transmission mère-enfant par l'AZT	110
Dans les pays en voie de développement, les régimes courts d'antirétroviraux pendant la grossesse sont un réel espoir	111
Peut-on envisager des interventions applicables chez toutes les femmes enceintes, sans test VIH préalable ?	112
Quelles interventions peut-on proposer pour limiter la transmission du VIH lors de l'allaitement au sein ?	113
Quelles recommandations pour réduire la transmission mère-enfant du VIH ?	114
Conclusion	115
Bibliographie.....	116

TRANSMISSION DU VIH PAR L'ALLAITEMENT : MESURES DE PREVENTION EN AFRIQUE

<i>Alice Desclaux</i>	119
Introduction	119
Étapes historiques de la découverte de la transmission du VIH par l'allaitement	120
Valeur des options d'alimentation du nourrisson en terme de santé publique..	121
De la «balance des risques» aux mesures de santé publique	122
Les obstacles rencontrés par les programmes et projets-pilotes	124
Expérience des programmes et perspectives	126
Bibliographie.....	128

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH EN AFRIQUE

<i>Philippe Msellati</i>	131
Introduction	131
Difficultés du diagnostic précoce	132
Aspects médicaux de la prise en charge	133
Autres dimensions de la prise en charge	137
Conclusion	138
Bibliographie.....	142

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

<i>Agnès Guillaume et Myriam Khlal</i>	145
Etat des lieux	145
Recommandations	147

ENCADRES

Les programmes de santé de la reproduction en Afrique Subsaharienne, <i>Arlette Gautier</i>	71
La mortalité maternelle au temps du Sida <i>Sophie Le Coeur et Myriam Khlal</i>	100
L'accès aux traitements du Sida dans les pays en développement <i>Sophie Le Coeur</i>	140
Le soutien de la France aux activités en matière de santé de la reproduction	150
Liste des tableaux	155
Liste des figures et carte.....	157
Liste des sigles	159
Liste des contributions des chercheurs français à la 35 ^{ème} CPD	161

Liste des tableaux

SEXUALITE PRECONJUGALE ET RAPPORTS DE GENRE EN AFRIQUE : UNE COMPARAISON AVEC L'AMERIQUE LATINE

Tableau 1 : Ages médians aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, par pays, selon le groupe d'âge à l'enquête	52
Tableau 2 : Proportion d'hommes et de femmes qui ont vécu, avant leur première union, une période de sexualité pré-conjugale d'au moins deux ans, selon le groupe d'âge à l'enquête	53

LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

Tableau 1 : Prévalence contraceptive (en %) pour l'ensemble des méthodes et les méthodes modernes (femmes en union)	58
Tableau 2 : Évolution de la prévalence contraceptive (ensemble des méthodes et méthodes modernes) au cours des trois dernières enquêtes entre 2001 et 1980 (femmes en union)	62
Tableau 3 : Prévalence contraceptive moderne selon la zone de résidence et le niveau d'instruction à la dernière enquête (femmes en union)	64
Tableau 4 : Corrélation entre l'indice synthétique de fécondité et la prévalence contraceptive en Asie, Afrique et Amérique Latine et Caraïbe	68

FREQUENCE ET CONDITIONS DU RECOURS A L'AVORTEMENT

Tableau 1 : Indicateurs de l'avortement provoqué dans différents pays africains	77
Tableau 2 : Estimation de l'incidence et de la mortalité des avortements à risque, régions des Nations unies (1995-2000)	82
Tableau 3 : Principales raisons du recours à l'avortement dans différents pays	86

SIDA ET FECONDITE

Tableau 1 : Indices synthétiques de fécondité et prévalence du VIH chez les adultes dans quelques pays d'Afrique en 2001	106
--	-----

Liste des figures et carte

SEXUALITE PRECONJUGALE ET RAPPORTS DE GENRE EN AFRIQUE : UNE COMPARAISON AVEC L'AMERIQUE LATINE

Figure 1. Âge médian au premier mariage et âge médian aux premiers rapports sexuels, hommes et femmes (indicateurs calculés d'après les données du moment)	37
Figure 2. Corrélation entre les indicateurs masculins et féminins d'entrée en sexualité et d'entrée en union. Age médian au premier mariage et âge médian aux premiers rapports sexuels déduits des données du moment ...	38
Figure 3. Évolution de l'âge médian aux premiers rapports sexuels. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête	40
Figure 4. Évolution de l'écart entre sexes de l'âge médian aux premiers rapports sexuels. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête	41
Figure 5. Âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, selon le groupe d'âges à l'enquête, Niger et Nicaragua	42
Figure 6. Âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, selon le groupe d'âges à l'enquête, Cameroun et Brésil	44
Figure 7. Âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes et des femmes, selon le groupe d'âges à l'enquête, Kenya	44
Figure 8. Proportion (%) d'hommes et de femmes qui ont vécu, avant leur première union, une période de sexualité pré-conjugale d'au moins deux ans. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête	46
Figure 9. Écarts entre la proportion d'hommes et la proportion de femmes ayant vécu, avant leur première union, une période de sexualité pré-conjugale d'au moins deux ans. Comparaison entre les générations âgées de 20-24 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête	47

LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

Figure 1. Prévalence contraceptive des méthodes modernes et naturelles en Afrique (femmes en union)	59
---	----

FREQUENCE ET CONDITIONS DU RECOURS A L'AVORTEMENT

Carte : La situation légale de l'avortement en Afrique en 1999	76
--	----

Liste des sigles utilisés

ANRS : Agence nationale de recherche sur le Sida (France)

ARV : Anti-rétroviraux

CDC : Center for Disease Control and Prevention (USA)

CEPED : Centre Population et Développement (France)

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CPD : Commission de la Population et du Développement des Nations unies

CICR : Comité international de la Croix-Rouge

DGCID : Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement du MAE (France)

DHS : Demographic and Health Survey

DITRAME : Diminution de la transmission mère-enfant

DIU : dispositif intra-utérin

EDS : Enquête Démographique et de Santé

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (France)

ETS : Équipe de recherche de l'IRD « Transition de la fécondité et santé de la reproduction » (France)

FNUAP : Fond des Nations unies pour la Population

FSTI : Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale

IEC : Information, Éducation, Communication

INED : Institut National d'Études Démographiques (France)

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)

IRD : Institut de recherche pour le développement (France)

ISMI : Institut de la santé maternelle et infantile (Laos)

LPED : Laboratoire population - environnement - développement (France)

MAE : Ministère des Affaires Etrangères (France)

MOMA : Etude multi-centrique de la morbidité maternelle dans six pays d'Afrique francophone

MST : Maladie sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (Suisse)

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des Nations unies

ONUSIDA : Programme des Nations unies pour le Sida

OPALS : Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida

PIB : Produit intérieur brut

PNUD : Programme des Nations unies pour le développement

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'Enfance

UNIFEM : Fonds des Nations unies pour les Femmes

VIH : Virus de l'immuno-déficience humaine

WHO : World Health Organisation (Suisse)

Liste des contributions des chercheurs français à la 35ème CPD

SYNTHESE

Agnès Guillaume et Myriam Khlat : « Santé de la reproduction au temps du Sida ».

TEXTES :

Michel Bozon et Véronique Hertrich : « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine - Une comparaison à partir de 20 enquêtes EDS ».

Marie-Hélène Bouvier-Colle : « Santé maternelle : pour passer de la connaissance à l'action ».

Alice Desclaux : « Transmission du VIH par l'allaitement : mesures de prévention en Afrique ».

Annabel Desgrées du Loû : « Sida et fécondité ».

Arlette Gautier : « Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction ».

Agnès Guillaume : « Contraception et avortement : une comparaison dans les pays du Sud ».

Sophie Le Coeur : « Transmission mère-enfant du VIH et sa prévention ».

Jean-Paul Moatti : « Les traitements du VIH/Sida dans les pays en développement : un nouvel enjeu majeur pour les relations Nord/Sud ».

Philippe Msellati : « Prise en charge de l'enfant infecté par le VIH en Afrique ».

ENCADRES :

Pierre Chirac : « Baisse du prix des antirétroviraux, le combat de Médecins sans frontières »

Sophie Le Coeur et Myriam Khlat : « La mortalité maternelle au temps du Sida ».

Cyril Wissocq : « La sécurité contraceptive en Afrique ».

Imprimé en France par PRESENCE GRAPHIQUE
2, rue de la Pinsonnière - 37260 MONTS
Tél. : 02 47 34 25 45

Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2004

La 35ème session de la Commission de la Population et du Développement des Nations unies (CPD), qui s'est déroulée à New York en avril 2002, avait pour thème « Droits et santé en matière de reproduction, y compris le virus de l'immuno-déficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/Sida) ».

La question de la santé de la reproduction a été mise au centre des débats lors de la Conférence du Caire en 1994 et reste sur l'agenda politique au moment où se pose la question de l'évaluation des programmes 10 ans après cette conférence. Dans les pays du Sud, et en particulier en Afrique, les besoins des hommes et des femmes dans les domaines de la santé de la reproduction, de la prise en charge de l'épidémie de Sida et des droits reproductifs sont croissants. Ces besoins se posent avec d'autant plus d'acuité que l'on est dans un contexte où l'accès aux services de santé est inadéquat face à la demande et interdit au plus grand nombre du fait de barrières économiques, sociales et culturelles

Cette publication rassemble une série d'articles rédigés par des experts français dans le cadre de la contribution de la France à cette session. Elle ne couvre pas de façon exhaustive le champ de la santé de la reproduction, mais en aborde certains aspects jugés particulièrement importants dans le contexte de l'épidémie de Sida et de la mise en place récente de politiques et programmes de population. Après une introduction générale au concept de santé de la reproduction, les différentes parties de cet ouvrage traitent à la fois de facteurs situés en amont de l'épidémie (comportements en matière de sexualité, de prévention, de contraception et de recours à l'avortement), et de facteurs situés en aval (fécondité, transmission mère-enfant, santé de l'enfant). L'ouvrage se termine par une série de recommandations en terme de recherche mais aussi de programmes d'intervention ou de politiques à mettre en œuvre pour améliorer la santé de la reproduction.

Agnès GUILLAUME, démographe, ingénieur de recherche à l'IRD, est membre du Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 IRD-Université de Provence. Ses travaux portent sur les questions de santé de la reproduction en Afrique. Elle anime au CEPED un réseau de recherche sur le thème de l'avortement.

Myriam KHLAT, biostatisticienne, directeur de recherche à l'INED, est membre de l'Unité « Mortalité, santé, épidémiologie » (MSE). Ses travaux portent sur la mortalité différentielle, les déterminants de la santé et la santé des migrants.

Prix : 18 €

ISSN en cours

<http://ceped.cirad.fr>



RenConTres